



**Ana Catarina Marta da
Silva**

**A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções
dos Utentes e dos Prestadores**



**Ana Catarina Marta da
Silva**

**A Qualidade do Serviço de Urgência: Percepções
dos Utentes e dos Prestadores**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Cláudia S. Sarrico, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Aveiro

À minha Mãe por estar sempre presente,
ao meu Pai por acreditar em mim

o júri

presidente

Prof. Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor associado com agregação da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Anabela Almeida
Professora auxiliar na Universidade da Beira Interior

Prof.^a Doutora Cláudia S. Sarrico
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Doutora Cláudia Sarrico pela disponibilidade para me acompanhar neste longo percurso.

Agradeço a todos os participantes, porque sem a sua colaboração este trabalho era irrealizável.

À Sara e à Ana pela amizade incondicional.

Ao meu irmão pelas palavras de incentivo.

Ao Pedro pela infinita paciência.

palavras-chave

Saúde; serviço nacional de saúde; serviço de urgência; cuidados de saúde; satisfação, qualidade; avaliação.

resumo

Os serviços de saúde têm por objectivo responder às exigências e necessidades dos utentes, com cuidados de qualidade. Contudo, a dificuldade na sua avaliação acresce, pela complexidade dos serviços, pelo tipo de utilizadores e o processo envolvido. Este desafio torna-se maior ao considerarmos o serviço de urgência, que encerra em si mesmo um conjunto de características bastante específicas e complexas.

Decorrente da vontade de avaliar a qualidade do Serviço de Urgência na perspectiva de “quem gere” e do utilizador, desenvolveu-se um estudo de caso, cuja finalidade é entender as percepções de utentes e de profissionais de saúde face à qualidade do serviço de urgência.

Os dados foram obtidos, através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas a dois grupos. O grupo 1 foi constituído por utentes do Serviço de Urgência da instituição em estudo, e o grupo 2 a enfermeiros e médicos com funções de gestão no mesmo serviço.

A análise dos dados permitiu detectar variados níveis de satisfação nos domínios estudados: tempo de espera, adequabilidade, privacidade, enfermeiros, médicos, equipamentos, lealdade, nível de qualidade e reorganização do contexto. Os resultados identificam algumas áreas problemáticas como sejam: equipamento insuficiente, desempenho relacional ineficaz, tempos de espera prolongados, modelo organizacional desadequado e sobreutilização. Os dados diferenciam profissionais e utentes, em narrativas de base técnica e emocional, respectivamente. O estudo reforça que os serviços públicos estão abastados de burocracias que limitam o poder, mesmo aos profissionais com cargos de gestão. Este facto pode ser um obstáculo à qualidade de serviço.

A sobreutilização do Serviço de Urgência, característica geral do grupo 1, propicia um conhecimento profundo do contexto organizacional e indica que a Urgência é muitas vezes usada como primeira escolha, no acesso aos cuidados de saúde. Esta realidade deveria ser contrariada, com a promoção do uso racional do Serviço de Urgência.

A qualidade engloba a subjectividade de quem a percebe, sendo que, a qualidade real depende de todos os actores: gestores, prestadores e receptores de cuidados. São necessárias implementar medidas de monitorização da qualidade, através de métodos que englobem os profissionais de saúde e os utentes.

keywords

Health; National Medical Services; Accident and Emergency Department; Health Care; Satisfaction, Quality; Valuation.

abstract

Medical Services have as a purpose answering the demands and needs of the Users, with quality care. However, the difficulty in its valuation is growing larger because of the complexity of the services, types of the users and the whole process involved. This challenge becomes bigger if we consider the Accident and Emergency Department, which involves a group of particular and complex characteristics that interfere in the uniformity of care and its valuation.

In order to value the Accident and Emergency Department's quality, from the point of view of "Who manages" and the user, a study was developed, which purpose is to understand the perception of the users and professional health workers about the quality of the Accident and Emergency Department.

The results were obtained interviewing two groups. Group 1 was composed of users of the Accident and Emergency Department of this institution, and group 2 of nurses and doctors with management functions in the same service.

The analysis of the data allowed detecting different levels of satisfaction in the considered areas: waiting time, adaptation, privacy, nurses, doctors, equipments, loyalty, quality level and reorganization of the context. The results identify some problematic areas such as: insufficient equipment, ineffective relationships, long waiting periods, inadequate organizational model and over-use. The data distinguish professionals and users, technically and emotionally, respectively. Both consider the Accident and Emergency Department a good one, but professionals are more optimistic. The study reinforces the power control in the public services that limits the action even in the management functions. This fact could be a barrier to the service quality.

The over-use of the Accident and Emergency Department, general characteristic of group 1, propitiates a deep knowledge of the organizational system and shows that the Accident and Emergency Department is used as a first choice in the health care. This reality should be contradicted with the rational use of the Accident and Emergency Department.

Quality is subjective; it means that the real quality depends on all actors: managers, care's serviceable people and receivers. It is necessary to implement quality monitoring measures through methods where professionals and users are included.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
-------------------	----------

Parte I

**OS CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO URGÊNCIA: DA QUALIDADE DO SERVIÇO À
SATISFAÇÃO DO UTENTE**

CAPÍTULO I	8
A SAÚDE EM PORTUGAL: O SISTEMA, OS CENÁRIOS E O PROCESSO	8
1. A SAÚDE	9
1.1 - CONCEITO	9
1.2 – ENQUADRAMENTO JURÍDICO E ÉTICO EM PORTUGAL	10
2 - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	11
3 - O HOSPITAL – A FÁBRICA DE VIDA	13
3.1. HOSPITAL EM ESTUDO: O HIP	18
4. SERVIÇO DE URGÊNCIA	20
4.1. A PROCURA EXCESSIVA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA	21
4.2. REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA	23
4.3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HIP	27
5. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – PRESTADORES DE CUIDADOS	31
CAPÍTULO II	39
A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	39
1. CONCEITOS DE QUALIDADE	40
2. A QUALIDADE DOS SERVIÇOS	42
2.1. OS HIATOS	45
3 - FACTORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO	46
4. GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	49
CAPÍTULO III	54
A SATISFAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	54

1. O MULTICONCEITO DE SATISFAÇÃO _____	55
1.1. AS EXPECTATIVAS DOS UTENTES _____	56
2. A SATISFAÇÃO: IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DE SAÚDE _____	58
3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ESTADO DE SAÚDE _____	60
3.1 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO _____	61
3.2. RECUPERAÇÃO DE SERVIÇO _____	64

Parte II

A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA: PERSPECTIVAS DOS UTENTES E DOS PRESTADORES DE CUIDADOS

CAPÍTULO I _____	70
A INVESTIGAÇÃO _____	70
1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA: QUESTÃO E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO _____	71
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS _____	72
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA _____	74
4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA _____	77
5. ANÁLISE DOS DADOS _____	81
CAPÍTULO II _____	85
PERCEPÇÃO DA REALIDADE EM ESTUDO: _____	85
A ANÁLISE DOS DADOS _____	85
1. O CONTEXTO _____	86
2. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS _____	91
2.1. GRUPO 1 _____	91
2.2. GRUPO 2 _____	93
3. REPRESENTAÇÕES DO “TEMPO DE ESPERA” _____	94
3.1. TRIAGEM DE MANCHESTER _____	96
3.2. PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA _____	97
3.3. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO _____	99
4. CONFORTO _____	101
4.1. ADEQUABILIDADE _____	101
4.2. PRIVACIDADE DOS UTENTES _____	103
5. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE _____	106

5.1. ENFERMEIROS _____	106
5.2. MÉDICOS _____	117
6. COMPONENTES TANGÍVEIS _____	127
6.1. ADEQUABILIDADE DO EQUIPAMENTO _____	127
7. LEALDADE _____	130
7.1. RECOMENDAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA _____	131
8. QUALIDADE GLOBAL _____	132
8.1. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE _____	133
9. REORGANIZAÇÃO DO CONTEXTO _____	135
9.1. REESTRUTURAÇÃO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA _____	135
9.2. APROPRIAÇÃO DO MODELO À REALIDADE _____	138
REFLEXÕES FINAIS _____	142
NOTA FINAL _____	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	154
ANEXOS _____	164

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Indicadores de utilização dos Serviços de Urgência _____	21
Quadro 2 - Número de atendimento urgentes (dados retrospectivos) _____	21
Quadro 3: Prioridades de actuação de acordo com o sistema de Triagem de Manchester	29
Quadro 4: Número de enfermeiros e médicos, por 1000 habitantes em Portugal continental _____	33
Quadro 5: Número de médicos em presença física no SU do HIP. _____	36
Quadro 6: Especialidades médicas em regime presencial ou em regime de prevenção. ____	36
Quadro 7: Distribuição do número de enfermeiros por turno e áreas de trabalho no SU do HIP. _____	38
Quadro 8: Número de reclamações referentes à <i>Prestação de cuidados</i> , no SU do HIP _	66
Quadro 9: Número de reclamações referentes aos <i>Actos Administrativos/ Gestão</i> , no SU do HIP. _____	67
Quadro 10: Número de reclamações referentes às <i>Infraestruturas/ Amenidades</i> , no SU do HIP. _____	67
Quadro 11: Número de reclamações <i>Relacionais/ comportamentais</i> , no SU do HIP. ____	68
Quadro 12: Blocos temáticos em estudo _____	79
Quadro 13: Número de atendimentos por base de dados, registado no primeiro semestre de 2008 _____	86
Quadro 14: Número de atendimentos registados no SU do HIP, por grupo etário e por sexo, durante o 1º semestre de 2008 _____	88
Quadro 15: Média diária de atendimentos registados no SU do HIP, em 2008 _____	88
Quadro 16: Número de atendimentos registados no SU do HIP, por escalas horárias e por grupo etário, no 1º semestre de 2008 _____	89
Quadro 17: Quadro geral de caracterização da amostra _____	91
Quadro 18: Quadro geral de caracterização da amostra _____	93
Quadro 19: Tempo em minutos desde a admissão até à Triagem de Manchester, de acordo com as Prioridades _____	96

Quadro 20: Tempo médio em minutos desde a Triagem de Manchester até à primeira observação médica, de acordo com as Prioridades _____	97
Quadro 21: Variação do atendimento no SU do HIP, face às alterações dos horários dos Centro de Saúde e dos SAP _____	129
Quadro 22: Tipologia das sugestões por participante _____	135
Quadro 23: Número de ocorrências verificadas no SU do HIP, no primeiro semestre de 2008 _____	143

Gráfico 1: Categorização das reclamações do SU do HIP, no período de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2008. _____	66
Gráfico 2: Percentagem de atendimentos do SU, por causa de admissão _____	87
Gráfico 3: Número de atendimentos no SU do HIP, por mês durante o primeiro semestre de 2008 _____	87
Gráfico 4: Percentagem de atendimentos por sexo, no primeiro semestre de 2008 _____	88
Gráfico 5: Percentagem de atendimentos do SU, por escala horária _____	89
Gráfico 6: Número médio de entradas por hora. _____	90
Gráfico 7: Percentagem de utilizadores do SU, por destino após alta _____	91
Gráfico 8: <i>Percepção de competência e Confiança</i> percebida pelo grupo 1 _____	126
Gráfico 9: <i>Relação entre a Lealdade e qualificação global do SU</i> _____	131
Gráfico 10: Sugestões do grupo 2 apresentadas para a questão 6.2 e 6.3 _____	139

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Planta do serviço de urgência do Hospital Infante D. Pedro	28
Figura 2: O Ciclo da Qualidade	41
Figura 3: Evolução temporal da qualidade por interesse dos serviços	42
Figura 4: Modelo da qualidade percebida do serviço.	43
Figura 5: Modelo simplificado dos Hiatos	45
Figura 6: Processo de avaliação da Satisfação	56
Figura 7: Representação dos vários <i>Tempos de espera</i> , experimentados por os utentes.	95
Figura 8: Esquema de percepção da qualidade	145

LISTA DE ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

HIP – Hospital Infante D. Pedro

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SO – Sala de Observação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (1978) definiu Saúde *um estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*. A saúde não é só a ausência da doença, mas também o bem-estar do indivíduo, em todo o seu contexto.

O indivíduo ao deparar-se com um problema de saúde, procura os serviços de saúde, com o objectivo da resolução do seu problema, tendo em conta a qualidade de vida.

Pela constituição portuguesa todos têm direito à protecção da saúde (art. nº 64). Este direito é conferido através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito (tendo em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos). Actualmente, o SNS é constituído por: serviços, instituições públicas e por parcerias privadas (Godinho, 2008).

O hospital é o âmago do SNS. Para as populações são fundamentais e são indicados como uma das suas riquezas. Para Rodrigues (2005) o hospital é um complexo sistema, onde a prestação de serviço engloba muito mais do que a aplicação do conhecimento médico, uma vez que, o trabalho é desenvolvido por pessoas e para as pessoas. É uma organização com numerosos serviços, divididos por especialidades no tratamento de patologias e no tipo de meios que utiliza.

Os serviços de urgência (SU) fazem parte desta complexa rede de prestação de cuidados de saúde. A sua principal função é atender doentes em agudização da patologia, num cenário de tecnologia de ponta, com recurso a especialidades médicas e cirúrgicas. Contudo, a maioria dos utentes do SU, caracterizam-se por apresentarem problemas no âmbito da clínica geral (Vaz & Catita, 2000).

O recurso ao SU dos hospitais tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos, retratando um mau desempenho do sistema SNS, pela ineficácia no acesso aos cuidados de saúde primários (Pego, 1998; Vaz & Catita, 2000; Neto *et al.*, 2003; Oliveira, 2008).

Para tentar dar resposta a esta problemática, em 2006, iniciou-se o programa de “*requalificação das urgências hospitalares*”. O objectivo desta reforma visou normalizar a

afluência de atendimentos, evitando o uso inapropriado destes serviços e promover a melhoria da qualidade do serviço (Campos, 2008).

Destas medidas emergiram três níveis de serviços de urgência hospitalares: serviço de urgência básica (SUB); serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC); e serviço de urgência polivalente (SUP) (Ministério da Saúde, 2006).

O SU, alvo deste estudo de caso, é um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica apresentando as características intrínsecas a este tipo de classificação.

Os SU são contextos fomentadores de emoções e experiências dotadas de excessos. Os principais protagonistas, na produção de cuidados de saúde, são os médicos e os enfermeiros, e é sobre estes que os utentes incidem especialmente a sua avaliação.

Os médicos detêm um poder adquirido historicamente, sobre a organização e a produção dos cuidados hospitalares, detendo também uma consideração social muito alta, mas nos últimos anos, as suas atitudes face aos utentes, têm sido questionadas pelos próprios doentes, sendo reflexo desta realidade, o aumento de reclamações relativamente a estes profissionais.

As equipas de enfermagem também não fogem a esta nova realidade onde surgem críticas e novas exigências. Os cuidados de enfermagem são muito dependentes do contexto e influenciados pela dinâmica da estrutura, dos processos e dos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

As questões relacionadas com a qualidade têm vindo a ocupar um lugar de destaque, seja por razões de ordem económica, seja pela exigência dos utentes, as preocupações com a qualidade estão na ordem do dia.

O conceito de qualidade caracteriza-se pela subjectividade e dificuldade na operacionalização. Por outro lado, o nível de qualidade atribuído ao serviço é determinado pelo tipo de serviço. Os serviços de saúde, enquanto serviços públicos, abarcam algumas particularidades que comprometem a monitorização e avaliação da qualidade.

Para Sarrico (2005), os serviços públicos caracterizam-se por: intangibilidade (o cliente baseia-se na reputação do prestador de serviço), simultaneidade (o serviço é criado e consumido simultaneamente), heterogeneidade (variabilidade de cliente para cliente) e

perecibilidade (o serviço é criado e consumido simultaneamente, não podendo ser armazenado)

Além destes importantes factores, os serviços de saúde destacam-se pela vulnerabilidade da sua clientela, que poderá ser impulsionadora de uma falsa avaliação do serviço. O utente não avalia apenas o resultado do serviço mas também a experiência da prestação do serviço (Johnston & Clark, 2002).

A qualidade do serviço nem sempre está em harmonia com a percepção do cliente, podendo existir desigualdade entre as expectativas e a percepção do serviço realizado, ocasionando hiatos (Johnston & Clark, 2002).

Existem autores que verificaram que existem dissonâncias entre profissionais de saúde e os utentes acerca da qualidade dos cuidados (Martínez *et al.*, 2004). Idealmente, deveria existir igualdade.

Contudo, nem sempre o produto do serviço (resultado + experiência) oferecido corresponde às expectativas e às necessidades do utente. Mensurar a qualidade é prioritário para oferecer um serviço que corresponda às exigências dos clientes.

Vários autores compreenderam a necessidade de identificar os factores de qualidade do serviço para a determinação da qualidade total (Parasuraman *et al.*, 1985; Hopkins & Fitz, 1993; Johnston & Silvestro, 1990; Johnston, 1995).

Existe uma grande multiplicidade de forças sociais que pressionam as instituições para monitorizar a qualidade dos cuidados de saúde.

Para Ferreira e Seco (1993) houve uma melhoria técnica significativa nos cuidados de saúde, que não se traduziu num aumento da qualidade do serviço (para além da sua qualidade operacional, ligada a aspectos técnicos ou clínicos). Ou seja, a qualidade nos serviços de saúde depende dos atributos técnicos e tecnológicos do serviço, mas também do nível de satisfação do doente com a qualidade do serviço prestado, que inclui não só o resultado mais ou menos objectivo, mas a experiência do serviço constituída, muitas vezes, por aspectos intangíveis.

O utente percepçiona o serviço de saúde pelas soluções apresentadas para o seu problema e pela maneira como é realizado todo o processo (Martínez *et al.*, 2004).

A percepção de “qualidade” representa o equilíbrio entre as concepções dos vários actores: utilizadores, prestadores e gestores (Monteiro, 2000).

O principal requisito, para a qualidade do serviço é a averiguação da satisfação ou insatisfação, que o utente narra do seu contacto com os serviços de saúde.

A satisfação é a avaliação que o utente faz do serviço, comparando as suas percepções da realização do serviço, com as suas expectativas anteriores. (Johnston & Clark, 2002). Quando há consonância, o serviço vai de encontro às expectativas, quando as percepções vão para além das expectativas, o cliente fica satisfeito ou até encantado, quando fica aquém, isso gera insatisfação.

A satisfação nos serviços de saúde é influenciada por vários factores: expectativas dos doentes, o estado de saúde, a experiência e o resultado dos cuidados de saúde. O utente integra involuntariamente na avaliação as várias experiências, tais como, a relação com os profissionais, as amenidades, a qualidade técnica dos profissionais de saúde. A satisfação global com a prestação do serviço, pode não ser proporcional à resolução do seu problema de saúde em sentido estrito.

Cada vez mais, as instituições estão empenhadas em fomentar instrumentos para avaliação da satisfação dos clientes, desta forma, há uma responsabilização do cidadão pela gestão da sua saúde e uma valorização da concepção na qualidade dos cuidados prestados.

As avaliações feitas à população portuguesa, acerca da satisfação com os cuidados de saúde, têm revelado satisfação positiva. Perante esta avaliação satisfatória, muitos críticos perguntam, qual a necessidade de continuar a inquirir, uma vez que os resultados das avaliações têm-se mantido constantes (Cabral *et al.*, 2002).

No entanto, a maior crítica apontada refere-se à inércia dos gestores, após os programas de avaliação originando nos utentes, sentimentos de desconsideração e de subestima.

A forma mais simples de avaliar um serviço é através da análise das reclamações. Portugal, país de brandos costumes, não tem por hábito reclamar formalmente, logo este processo não pode ser considerado um indicador fiável da qualidade do serviço.

A avaliação rigorosa da qualidade do serviço exige a monitorização das necessidades e expectativas dos utentes, obtida principalmente através das vivências, contemplando aspectos individuais, sociais e contextuais.

A importância da adopção de métodos avaliativos como ferramenta de gestão, permite às organizações de saúde, determinar e zelar por cuidados que vão ao encontro das necessidades e das expectativas dos utentes, contribuindo para uma correcta definição dos processos conceptuais na prestação de cuidados.

A prestação de cuidados é produzida por profissionais de saúde, que assumem uma dimensão preponderante na avaliação que o utente faz do serviço. Simultaneamente, é uma avaliação com base nas competências cognitivas e não nas competências técnicas. Os profissionais avaliam a qualidade com base nos seus conhecimentos técnicos.

Ao depreendermos, que o mesmo serviço pode ser visto de forma tão desigual na visão de utilizadores e prestadores, consideramos relevante um estudo que evidenciasse as diferentes interpretações.

Assim, o principal objectivo deste estudo é “Avaliar a qualidade do SU do Hospital Infante D. Pedro (HIP)”, através da perspectiva do utente e da perspectiva do profissional de saúde.

Optámos por realizar um estudo de caso num hospital da Região Centro, integrado na rede de prestação de cuidados de saúde. Em termos metodológicos, a nossa opção recaiu numa abordagem que privilegia um modelo de tipo qualitativo, tendo em consideração os objectivos delineados. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas, que nos permitiram recolher informação para realizar a investigação, através da análise de conteúdo das mesmas.

O presente trabalho está estruturado em duas partes distintas. Na primeira parte, procuramos fazer o enquadramento da temática em estudo, citando vários estudos já realizados e que considerámos oportuno serem o sustento teórico desta investigação.

Na segunda parte do trabalho, conceptualizamos o estudo empírico, com a definição, justificação e clarificação do estudo. Delineámos o percurso da investigação, assim como as opções metodológicas. Realizamos a apresentação dos dados colhidos, através da categorização das entrevistas, procurando enquadrar o significado das unidades de registo,

na realidade estudada. Por último, finalizamos com algumas ilações face aos resultados obtidos, acentuando os aspectos mais relevantes em termos da pesquisa.

O trabalho termina com a conclusão, onde elaboramos uma síntese do trabalho efectuado, com um espaço para as considerações finais e as limitações ao estudo, abordando os resultados mais significativos. Aproveitámos este momento, para mencionar os contributos do estudo e ainda, projectar investigações futuras.

Pretende-se que este estudo de caso, seja um contributo para a detecção de possíveis lacunas dentro da organização do SU, permitindo aos gestores actuar nos pontos-chave.

Parte I

OS CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO URGÊNCIA: DA QUALIDADE DO SERVIÇO À SATISFAÇÃO DO UTENTE

Capítulo I

A SAÚDE EM PORTUGAL:

O SISTEMA, OS CENÁRIOS E O PROCESSO

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) procura dar resposta às necessidades de saúde da população, contemplando os cuidados de saúde primários, especializados, continuados e urgência/ emergência.

O processo da oferta dos cuidados de saúde é operacionalizado em três alicerces: quem oferece os cuidados de saúde (recursos e meios), como os oferece (processo), e quais oferece (produção).

Os serviços de saúde encerram particularidades e complexidades que os tornam singulares e muito contestáveis. São influenciados por diversos poderes, tais como políticos, sociais e económicos.

O principal cenário dos cuidados de saúde é o hospital, que desde há décadas é foco de atenção na sua estrutura e gestão. Organização complexa, palco de múltiplas actividades, prestador de uma diversidade de serviços, em que se concilia a avançada tecnologia com as preocupações humanistas. Os hospitais tendem a responder às exigências e necessidades dos seus utentes, com cuidados de saúde de qualidade que correspondam às suas expectativas.

Considerando a relevância do SNS, em particular o hospital, na qualidade de vida das populações, importa apresentar, embora de forma sucinta o modelo dominante da prestação de cuidados de saúde em Portugal: o SNS e a sua evolução, assim como compreender o hospital português. Neste âmbito, este capítulo também contempla a caracterização da instituição em estudo.

O hospital abarca várias unidades de prestação de cuidados, entre as quais a mais mediática, a Urgência. O SU é a principal porta de entrada do hospital, focalizando atenções das populações e dos meios de comunicação social. Neste capítulo contextualizamos o SU em Portugal, evidenciando o serviço em estudo – SU do HIP.

1. A SAÚDE

1.1 - CONCEITO

Apesar dos inúmeros autores que definem “saúde”, não existe nenhuma definição que seja consensualmente aceite. A Organização Mundial de Saúde, em 1978 atribuiu-lhe um significado mais holístico, em detrimento dos conceitos reducionistas, e de perspectivas como mera ausência de doença: *Saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença.*

Este modelo define a saúde do indivíduo no seu todo incluindo os aspectos físicos, sociais e mentais e introduz o conceito de bem-estar.

Este conceito foi e continua a ser, alvo de duras críticas, como sendo utópico, dificilmente atingível e sem hipótese de ser mensurável, no entanto é o conceito mais utilizado na literatura e o mais consensual (Costa, 2003).

A saúde deve ser entendida, não só como a cura da doença, mas principalmente como o bem-estar e com todas as actividades de prevenção e de diagnóstico. Assim, no domínio da saúde interagem vários elementos sociais: vida e morte, força e fraqueza, justiça e sofrimento... (Rodrigues, 1993).

Hesbeen (2001) defende que o que importa é a saúde das pessoas e não a ausência de doença. A confusão entre a saúde das pessoas e a ausência de doença está bem presente nas representações da maioria das populações e também ao nível governamental.

Quando existe um desequilíbrio, o indivíduo procura os serviços médicos para reestruturar a sua estabilidade.

1.2 – ENQUADRAMENTO JURÍDICO E ÉTICO EM PORTUGAL

O ser humano é titular do direito fundamental de protecção da saúde. Em Portugal este direito é juridicamente reconhecido. Desta forma, o Estado deve incrementar e promover perante os cidadãos meios de acesso à saúde.

Através da Lei de Bases de 1990, a Assembleia da República, responsabiliza o Estado pela garantia do acesso a este bem: A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados nos termos da constituição e da lei.

O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

No entanto, Costa (2003: 176) face a estes pressupostos, refere que *apesar das boas intenções legisladoras e políticas, tanto em Portugal como noutros países, não nos podemos abstrair do facto de que, os recursos disponíveis serão sempre finitos ao contrário das necessidades humanas, que no caso concreto da saúde serão sempre ilimitadas.*

Recorrer aos serviços de prestação de cuidados de saúde, visa a resolução de um problema de saúde ou minorar os seus efeitos tendo em conta a qualidade de vida.

A saúde tornou-se um excelente indicador económico e social de cada país. Pelos recursos que estão envolvidos, passou a ser encarada como um processo, que exige diferentes níveis de intervenção, formas organizadas de actuação, modelos de financiamento e métodos de avaliação da eficácia, da eficiência e da qualidade dos cuidados prestados. Esta complexidade implica a adopção de processos rigorosos de gestão, com vista a utilização adequada dos recursos, a produção de cuidados e a concepção de instrumentos de avaliação ajustados aos diferentes agentes e instituições envolvidas (CRES, 1998).

A evolução das ciências da saúde originou a descoberta de tratamentos e curas, contribuindo desta forma para o progressivo aumento da esperança de vida.

Para Rodrigues (1993: 26), a medicina *tem sido concebida como a prática da possibilidade do alívio do sofrimento humano, especialmente no tratamento de doenças infecciosas, na remoção de órgãos patogénicos, aplicação de quimioterapia e outros (...).*

Nos últimos anos, assistiu-se ao aumento da população idosa (Direcção-Geral da Saúde, 2003) e simultaneamente à descoberta de novas patologias. Observa-se, ainda, uma maior incidência das doenças nos pobres, desempregados e indivíduos que vivem sozinhos. De uma maneira geral, estes constituem a população mais mal informada e consequentemente os que têm menos percepção da saúde e por isto, provavelmente, têm menos necessidades sentidas.

Rodrigues (1993), no seu ensaio em geografia da saúde, concluiu que em Portugal, os recursos na maioria dos casos não se ajustam às reais necessidades da população. A sua localização (acessibilidade) está maioritariamente, relacionada com a preferência dos profissionais médicos, por locais atractivos e pela complementaridade de funções.

2 - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Os sistemas de saúde constituem uma preocupação dominante de qualquer governo e, em todas as nações, nomeadamente na Europa, assiste-se a grandes reflexões e transformações com o objectivo de encontrar formas que respondam aos objectivos gerais de um sistema de saúde.

A Constituição da República Portuguesa estabelece que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover (art. nº 64). Este direito é contemplado através do SNS: universal, geral e tendencialmente gratuito (tendo em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos). *Universal*: dirigido a todos os cidadãos; *Geral*: inteira os diversos níveis de cuidados: promoção da saúde, vigilância e prevenção da doença, tratamento e reabilitação; *tendencialmente Gratuito*: as pessoas têm direito ao serviço sem encargos ou pagando apenas taxas moderadoras, não podendo estas constituir impedimento para cidadãos sem recursos.

É da responsabilidade do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, assegurar uma cobertura nacional e eficiente em todo o país, em relação a unidades de saúde e recursos humanos.

O SNS tem sofrido várias reformas ao longo do tempo. Actualmente, é constituído por: serviços e instituições públicas, prestadoras de cuidados de saúde, dependentes do Ministério da Saúde; serviços e entidades públicas, dependentes ou não, do Ministério da Saúde, que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e entidades privadas e profissionais livres que entrem em acordo com o SNS, a prestação de todas ou parte daquelas actividades (Godinho, 2008).

De acordo com CRES (1998), o Sistema de Saúde português visa:

- Proporcionar um modelo integrado de promoção e manutenção da Saúde e do Bem-Estar, e de prevenção da doença, em articulação permanente com outras dimensões;
- Assegurar a todos os cidadãos portugueses o acesso aos cuidados de saúde necessários, em tempo oportuno e de forma contínua, sem barreiras de natureza económica, geográfica ou cultural, sem discriminações em razão do estatuto económico ou social;
- Promover e garantir o atendimento personalizado dos cidadãos, no respeito dos seus direitos e dentro de uma conduta tecnicamente adequada;
- Desenvolver metodologias ajustadas para que os recursos envolvidos sejam utilizados de forma criteriosa e racional;
- Estimular e desenvolver a investigação científica e tecnológica de modo a que novos contributos teóricos e práticas clínicas possam estar disponíveis para os cidadãos.

O SNS está organizado numa base nacional – Governo, Conselho Nacional da Saúde e Serviços Centrais – e numa base territorial – Regiões e Sub-Regiões de Saúde. Esta divisão geográfica foi implementada em 1993, dividindo Portugal Continental em cinco regiões: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Portugal, 1993).

Cada região é administrada pela Administração Regional de Saúde (ARS) correspondente, permitindo uma gestão dos recursos mais próximas dos seus destinatários. Cada ARS dispõe de um conselho de administração e é a autoridade de saúde, com funções

de distribuição de recursos e de avaliação de instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro).

Vivemos actualmente um período de profundas mudanças, que são o resultado da mudança de mentalidades, mas também da consciência da escassez de recursos. O SNS opera num contexto de vulnerabilidade dos indivíduos e da sociedade, e todas as reformas aplicadas, por mínimas que sejam causam sempre grandes reacções. É necessário, que se encare o seu futuro de forma estrategicamente coerente, no sentido de ser um modelo que compreenda as necessidades e as expectativas dos portugueses.

O SNS encerra uma lógica de administração pública prestadora, com interesses corporativos e parcelares, muitas vezes, dominantes. Muito dispendioso, com enormes gastos financeiros e difíceis de controlar, apresentando um défice crónico, sendo um dos aspectos mais críticos do sistema de saúde (Godinho, 2008).

A evolução legislativa não assegurou inteiramente a modernização do sistema, pois este encontra-se parcialmente bloqueado, cativo de forças económicas e sociais que actuam nos sectores profissionais, indústrias farmacêuticas, sindicatos da função pública (Campos, 2002).

3 - O HOSPITAL – A FÁBRICA DE VIDA

Rodrigues (2005: 31) designa o hospital como *um centro humano, um complexo sistema humano e social, cujos cuidados vão muito além do desenvolvimento científico e tecnológico das especialidades médicas, dado que a sua matéria-prima é o ser humano, o produto é humano, o serviço é maioritariamente feito por mãos humanas e o seu objectivo é humano – prestar serviços a pessoas, serviço esse personalizado e individualizado.*

Há descrições do século XV de casas hospitalares em Lisboa. No entanto, o conceito “hospital” sofreu inúmeras alterações ao longo dos séculos, sofrendo transformações de país para país. Esta evolução, permitiu retirar ao hospital o estigma de organismo de carácter meramente assistencial para, abrir as suas portas a todos os cidadãos carenciados de cuidados de saúde, consagrar inequivocamente a sua natureza e o seu carácter sanitário (Carvalho, 1992).

Os hospitais são compreendidos pela população como uma das suas maiores riquezas, são peças fundamentais e integrantes da sociedade moderna, que através das entradas de materiais, informações e energias, as transformam e, em troca, fornecem à sociedade bens e serviços (Rodrigues, 2005).

O hospital é um serviço de interesse público, instituído e administrado com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Também é da sua competência, colaborar na prevenção de doenças, no ensino e na investigação científica (Simões, 2004). Esta ideia é corroborada por Pego (1998), que acrescenta que o hospital deve promover as inovações tecnológicas e avaliar a qualidade dos cuidados.

Os cidadãos têm direito a esperar destas instituições, cujos fins sociais não podem nunca ser esquecidos, um tratamento que se situe no nível de qualidade de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis, mas sempre com o respeito que merecem.

Os hospitais são organizações complexas que precisam servir-se de uma tecnologia dinâmica e atender aos vários requisitos do ambiente. Para atingir as suas metas, criaram sistemas psicossociais e gerenciais únicos, estabelecendo permanentemente novos objectivos, visando dar resposta às solicitações do meio ambiente envolvente.

A avaliação daquilo que neles é realizado em termos de rentabilidade dos serviços, mas também, e sobretudo, de garantia de qualidade, revela-se cada vez mais como um processo complexo, mas indispensável que deve preocupar os responsáveis pela gestão (Rodrigues, 2005).

O hospital é o local onde são consagrados os procedimentos invasivos e salvadores da vida. É neste contexto que se evidenciam as práticas mais tecnicistas e especializadas na prestação de cuidados de saúde.

O desenvolvimento do hospital, enquanto instituição, tem sido movido por duas forças que se encontram interligadas: a procura dos cuidados de saúde e a prestação dos cuidados de saúde.

O hospital é o estabelecimento de saúde, dotado de internamento, meios de diagnóstico e terapêutica, onde se prestam cuidados de saúde diferenciados ou especializados, organizados ou administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação (INE, 1999).

Tratando-se de organizações com múltiplos serviços, que não podem possuir todos os mesmos meios e atender o mesmo tipo de patologias, é indispensável hierarquizá-los e fazer uma distribuição criteriosa pelo território (é impossível fazê-lo equitativamente), de forma a conseguir uma articulação equilibrada (Pego, 1998).

Healy & McKee (2002), no seu estudo acerca da evolução do sistema hospitalar, referem que o hospital contemporâneo não permanece imutável, podendo hoje afirmar-se, que a sua mutabilidade se irá acelerar neste novo século. Os hospitais portugueses classificam-se consoante a entidade administradora, em públicos ou privados, distinguem-se igualmente, com base na capacidade de intervenção técnica, e na polivalência de cuidados de saúde que prestam: hospitais centrais e distritais.

Reis (1999) identificou uma série de mudanças que já podem ser observadas no hospital público português:

- a missão mudou porque a sua tradicional função de abrigo hoje é secundária, acolhendo progressivamente outro tipo de intervenções mais técnicas;
- a prática profissional perdeu as características de exercício individual em favor de uma acção cada vez mais multidisciplinar e académica em que se assume uma constituição tão variada quanto o progresso técnico o exige;
- criação de uma prática hierarquizada, com profundas interdependências que, associadas à salarização dos profissionais agudizam o sentimento de perda de autonomia técnica e funcional.

Evidente é também a transformação da prestação “artesanal” de cuidados para uma produção quase “industrial”, acresce as preocupações de rentabilidade e desvaloriza-se a função social.

O hospital enquanto organização é um sistema aberto, complexo e altamente influenciado pelos vários sistemas sociais. Influencia e é influenciado pelos impactos do meio externo e interno. Para poder responder às expectativas e necessidades dos utentes e profissionais, tem que ser dinâmico e aberto às mudanças da sociedade. Se por um lado, o hospital tem de cumprir os seus objectivos, prestando cuidados de saúde às populações, por outro lado, deve ir ao encontro das necessidades e interesses dos seus profissionais, pois quanto mais motivados e realizados, melhor será a resposta do hospital no cumprimento dos seus objectivos (Fachada, 1991).

Para CRES (1998) o hospital público português é fortemente influenciado pela dinâmica externa, que limita a correcta gestão dos seus recursos:

- ineficiência dos cuidados de saúde primários sujeitando os hospitais a prestar todo o tipo de cuidados;
- modelo de financiamento inadequado;
- estatuto jurídico burocratizado e inadequado;
- estatuto desincentivador e injusto para os profissionais de saúde (acumulação na função privada);
- utilização exagerada dos serviços de urgência hospitalar.

Complementarmente, a estrutura interna do hospital apresenta na sua organização e no seu funcionamento várias limitações:

- os seus órgãos de administração obedecem a critérios políticos e corporativos;
- a direcção técnica dos serviços de acção médica é muitas vezes realizada por profissionais com pouca disponibilidade e sem conhecimentos de gestão e nem sempre com perfil de liderança;
- a estrutura produtiva não permite a utilização flexível dos recursos, uma vez que os serviços são geridos como territórios;
- o processo de produção de cuidados desenvolve-se, essencialmente, de uma forma voluntarista e individual, sem disciplina e racionalidade económica;
- a ausência de mecanismos de avaliação, não estando, portanto, garantida de forma objectiva, a qualidade dos cuidados prestados.

Pelas suas características intrínsecas de funcionamento, de custos de pessoal, equipamento, instalações e produtos farmacêuticos, apresenta continuamente gastos elevados, tornando-se foco de duras críticas políticas, governamentais e sociais.

Carvalheira (2003: 65) refere que *este aumento de custos contribui uma progressiva “medicalização” da vida de todos os dias, e a interiorização pelos quadros hospitalares de que a medicina moderna implica alta tecnologia, que a todos deve ser disponibilizada.*

Para Godinho (2008) o hospital público apresenta alguns sinais de crise ou mesmo de ruptura:

- relacionamento, discutido e discutível, que o hospital tem no quadro mais geral do sistema de cuidados de saúde;

- deficiências da sua organização interna e rígida, que dificulta a resposta às exigências da evolução tecnológica;
- ineficiências endógenas e imputáveis a modelos burocráticos procedentes de processos e inadequados à satisfação rápida de necessidades imprevistas, bem evidentes na área dos recursos humanos, do financiamento, da definição dos serviços necessários e dos prestados e da sua qualidade;
- gestão com objectivos mal definidos e por isso desresponsabilizada;
- generalizada insatisfação dos utentes;
- frustração dos profissionais.

Muitas reformas (não nos vamos referir em particular a este tema uma vez que não é foco do nosso estudo) têm-se introduzido nos hospitais públicos, umas com mais êxito, outras menos populares. No entanto, esta área continua a suscitar acesas discussões e o consenso está longe de ser alcançado.

É necessário garantir à população questões essenciais como a equidade, a qualidade dos cuidados e a inexistência de barreiras ao acesso e utilização para todos os cidadãos.

Com o marketing da gestão da qualidade, a discussão acerca da mudança do processo produtivo incide no objectivo de garantir a satisfação do utente. Neste sentido, contribuem os processos de acreditação em qualidade organizacional dos hospitais que utilizam indicadores de avaliação da qualidade, da produção de serviços e da satisfação de utentes/ doentes.

As regras hospitalares, administrativamente impostas pelo Conselho de Administração, pretendem garantir a prestação eficaz de cuidados aos utentes.

Carapinheiro (1993: 185) constatou que *estas regras formais são mais tácticas do que explícitas, não específicas quanto às situações a que se aplicam, por quem, e até a que sanções dão lugar quando infringidas*.

Por outro lado, é importante salientar que, dada a rapidez das mudanças na vida hospitalar, as regras rapidamente ficam desajustadas, sendo muitas vezes substituídas por regras informais.

3.1. HOSPITAL EM ESTUDO: O HIP

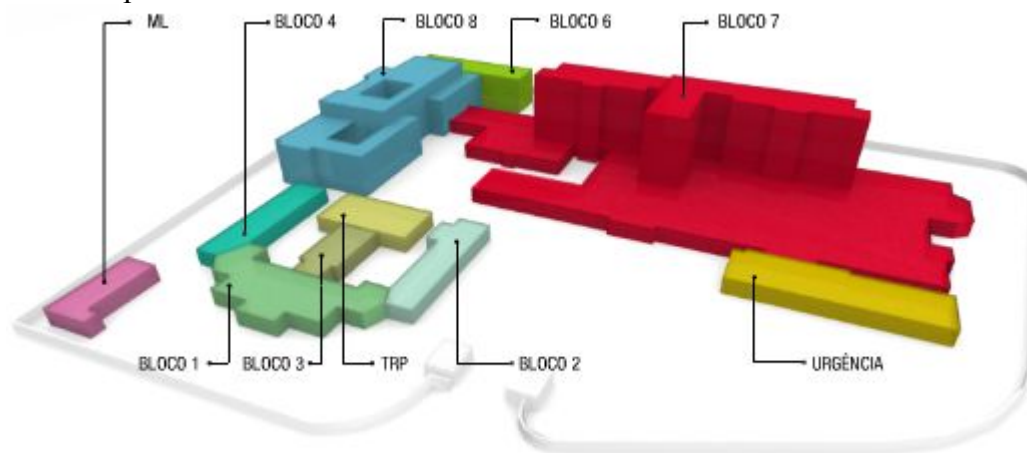
A escolha da instituição para a realização deste estudo, foi feita de forma electiva, uma vez que se trata de um contexto conhecido, e por outro lado, houve receptividade e disponibilidade para colaborar no estudo.

A história do HIP inicia-se no ano de 1885, quando o provedor da Santa Casa da Misericórdia de Aveiro, Visconde da Silva Melo, se interessou pela construção de um novo hospital. Em 1901 é lançada a primeira pedra para a construção do novo hospital. Em 1914, foram recebidos os primeiros doentes, no entanto as obras concluem-se somente em finais de 1925. Ao verificar-se a incapacidade das instalações para responder às necessidades do distrito, em constante crescimento, em 1957 iniciam-se as obras para a construção de um novo pavilhão com capacidade para 106 camas.

Passa a Hospital Distrital de Aveiro, em Maio de 1976. Ainda, no mesmo ano, é inaugurado um novo bloco (Bloco 7) que constitui hoje o actual Bloco Central do Hospital.

Entretanto, iniciara-se a construção de um novo edifício (Bloco 8) em simultâneo com a readaptação do Bloco 6.

Figura 1 - Mapa interno do HIP



Fonte: HIP, 2006.

Inicialmente previsto para uma lotação de 300 camas, o HIP compreende actualmente cerca de 417, incluindo berçário e Sala de Observações (SO).

3.1.1. Caracterização da instituição

O Hospital tem por objectivo facultar à comunidade em que se integra, a prestação de cuidados gerais, diferenciados, especializados, de natureza preventiva, curativa e de reabilitação. No HIP, as áreas de intervenção têm diversos escalões populacionais para as múltiplas valências.

A área de influência do HIP compreende os concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Ílhavo, Oliveira do Bairro, Murtosa, Vagos, Estarreja e Sever do Vouga, articulando-se em rede de forma complementar com os hospitais distritais de Estarreja e Águeda. Segundo os Censos de 2001, o número de habitantes da região do Baixo Vouga ascende a 385 434 (acréscimo de 10% em relação aos Censos de 1991), o que significa que são potenciais utentes. Constituem hospitais de referência os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), o Centro Regional de Oncologia de Coimbra (CROC) e o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC).

Como qualquer organização (pelo menos assim seria o desejável) apresenta uma missão, que se baseia em três princípios (HIP, 2008):

- assegurar a prestação de cuidados hospitalares com elevados e reconhecidos padrões de qualidade e em respeito pelo princípio da equidade aos cidadãos da sua área de influência, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença, mas também na decorrente reinserção e na promoção da saúde;
- promover a formação específica e contínua das profissões da saúde e em colaboração estreita com a restante rede formal de formação dessas profissões;
- colaborar nas actividades de investigação e no desenvolvimento de tecnologias de saúde, nomeadamente com a Universidade de Aveiro.

Nunca é demais afirmar que o hospital como peça fundamental do sistema de saúde e como organização, é cada vez mais um recurso que em conjunto com os restantes elementos do sistema local de saúde - públicos, privados e do sector social - deve conseguir diversificar a sua oferta de serviços, nomeadamente na área da promoção da saúde (Covey, 1999).

Conclui-se então, que o HIP é bastante significativo para a região, pois é nele que estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida,

aliviar a dor e curar a doença e onde trabalham profissionais, cujas competências constituem um património técnico e científico indispensável, para fazer evoluir o processo de prestação de cuidados de forma a responder às exigências, solicitações e necessidades dos cidadãos, indo ao encontro das suas expectativas.

4. SERVIÇO DE URGÊNCIA

Os serviços de urgência fazem parte da complexa rede de prestação de cuidados de saúde do SNS. Estes serviços funcionam em centros de saúde e em hospitais, e nestes últimos, diferenciam-se de acordo com as especialidades com que operam.

Nos centros de saúde, funcionam os Serviços de Atendimento Permanente (SAP), que se destinam a atender utentes que sejam portadores de uma patologia de instalação súbita, mas cuja natureza não determina perigo de vida ou a necessidade de recorrer a meios complexos de diagnóstico ou tratamento hospitalar.

É importante compreender que o SU é uma unidade polémica e alvo de várias críticas e muita mediatização.

Como podemos verificar, através dos dados do Ministério da Saúde (2007: 5), *à semelhança do verificado no passado, o serviço alvo do maior número de reclamações nas instituições hospitalares foi o Serviço de Urgência, (...).*

O serviço de urgência hospitalar foi idealizado para uso de tecnologias de ponta, com intensidade de trabalho físico e mental, e para a confrontação constante de perda de vidas, reagindo mal ao quadro de patologias múltiplas e vagas que caracterizam os utentes que sobreutilizam este serviço. Segundo Vaz & Catita (2000) a sua vocação dominante situa-se na especialização baseada em patologias delimitadas e precisas, exigindo um panorama de medicina altamente tecnológica. Contudo, actualmente a maioria dos atendimentos no SU, caracterizam-se por serem situações simples no âmbito da clínica geral.

4.1. A PROCURA EXCESSIVA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

As urgências hospitalares continuam a ser um complexo problema do SNS. Caracterizam-se por uma procura excessiva (Quadro 1), levando a que estes serviços estejam constantemente sobrelotados, prejudicando os utentes e os profissionais.

Quadro 1 – Indicadores de utilização dos Serviços de Urgência¹

Utilização dos Serviços de Saúde – Continente	1991	2001	Variação
Atendimento nos Serviços de Atendimento Permanente	588%	670%	13,8 %
Atendimento nos Serviços de Urgência Hospitalares	414%	571%	38%

O recurso ao SU dos hospitais aumentou de 1991 para 2001 (baseado no INE – Recenseamento geral da população) assim como também ocorreu um aumento significativo da utilização dos SAP (Quadro 2).

Quadro 2 – Número de atendimento urgentes (dados retrospectivos)²

Anos	ATENDIMENTOS URGENTES	
	Centros de Saúde	Hospitais
1990	3490,7	5625,3
1996	5122,2	6332,6
1997	5300,4	6677,4
1998	5055,6	6686,9
1999	5524,6	-----
2000	5844,1	6312,0

¹ Fonte: Adaptado de Cardoso (2004: 210).

² Fonte: Adaptado DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003: 52).

Para Campos (2008: 264) a missão inicial do SAP baseava-se essencialmente em servir os cidadãos sem médico de família, ou que não pudessem ser atendidos em tempo útil, pelo seu médico, durante o horário de atendimento do Centro de Saúde. Implicitamente, o objectivo seria assegurar uma consulta de cuidados primários ou o encaminhamento para um serviço de urgência, caso se justificasse. *O SAP nunca foi, nem poderia ser, um dispositivo da rede de urgências.*

No entanto, este objectivo não foi de todo cumprido. Talvez por falta de esclarecimento, tanto profissionais como utentes entenderam os SAP, como um serviço de urgência, como se pode verificar pelos dados dos quadros anteriores.

Os SAP caracterizavam-se por:

- apresentar apenas um médico, um enfermeiro (profissionais sem formação em urgência/ emergência) e um funcionário administrativo;
- inexistência de meios complementares de diagnóstico.

O acréscimo verificado no recurso ao serviço de urgência hospitalar verificou-se principalmente nos hospitais da região Centro (relativo à NUTS II), onde em 2001 se registaram 780 atendimentos por mil habitantes – mais 229 do que em 1991 – superando as demais regiões (Cardoso, 2004).

Grande parte dos utentes recorre aos serviços de urgência por livre iniciativa, ultrapassando muitas vezes outros recursos de saúde. Diversos estudos demonstram que a maioria não apresenta situações de verdadeira urgência, reflectindo assim falta de informação ou ineficaz resposta nos cuidados de saúde primários (Pego, 1998; Vaz & Catita, 2000; Neto *et al.*, 2003; Oliveira, 2008).

Para Pego (1998) a elevada procura dos serviços de urgência deve-se aos seguintes factores:

- Historicamente, o modelo que estava instituído na organização do serviço de urgência, está intimamente ligado à estrutura dos serviços de acção médica hospitalar, sendo que estes eram pouco diferenciados, mal articulados e hierarquizados, sem médico próprio durante grande parte do dia – toda a assistência hospitalar era efectuada por médicos escalados para o “Banco”. Esta organização, em regime de atendimento de porta aberta, associada à medicina exercida à margem do hospital, incitou à concentração de médicos, enfermeiros

e outros profissionais de saúde numa zona de recepção do hospital. Rapidamente, estas zonas tornaram-se insuficientes requerendo aumento de instalações.

- Pela iniciativa individual e ao mínimo problema, o utente recorre ao serviço de urgência. Existe uma atracção acentuada da população por este serviço, contribuindo para isso factores como a proximidade e facilidade de horários. Existe a ideia de que é o local ideal para uma consulta médica especializada, com exames complementares de diagnóstico.
- Doentes enviados por médicos, com o pretexto de falta de meios para poderem estudar correctamente o caso ou na expectativa de que possam ser observados por um especialista ou para realização rápida de exames complementares de diagnóstico. Muitos médicos, e mesmo outros clínicos (SAP, consulta externa, consulta privada), enviam os seus doentes para a Urgência, por se tratar de uma via fácil para o internamento ou para complementar estudos.
- O SU é muitas vezes local de abrigo para idosos abandonados, doentes crónicos e doentes terminais, albergando pessoas que apesar dos seus problemas de âmbito social, não possuem critérios de permanência neste serviço.

O excesso do recurso a estes serviços reflecte um mau desempenho do sistema de saúde português, pela falência no acesso programado às consultas nos cuidados de saúde primários, às consultas nos cuidados diferenciados e ao acesso aos exames complementares de diagnóstico. Muitos destes problemas poderiam diminuir com um desenvolvimento eficaz da rede de centros de saúde (Portugal, 1997). Para Pego (1998: 60) *Não faz sentido tratar-se de uma patologia simples num serviço com recursos superiores ao necessário, assim como não faz sentido a situação inversa.*

4.2. REESTRUTURAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Face aos problemas identificados, causadores da excessiva procura do SU, os governos têm instituído várias reformas, com impacto tanto a nível hospitalar como ao nível dos cuidados de saúde primários.

A partir de 2006, várias medidas foram iniciadas pelo Ministro da Saúde Correia de Campos. Muitas destas reformas foram bastante polémicas e alvo de críticas, da oposição e das populações. Observou-se inclusive manifestações públicas organizadas por comissões de utentes.

Este desacordo entre o governo e as populações teve início na “requalificação das urgências hospitalares”. Campos (2008: 260), no seu livro acerca da sua experiência enquanto Ministro da Saúde e indutor das grandes reformas, refere que o objectivo desta medida visa alcançar soluções que melhor servissem os cidadãos, permitindo *dotar o país de uma moderna rede nacional, que iria reduzir para um oitavo do valor anterior [450 mil para 60 mil] o número de Portugueses a mais de sessenta minutos de um serviço de Urgência*.

Para o autor referido anteriormente, este objectivo compreende:

- requalificação dos serviços de urgência da Rede Nacional: agregar unidades hospitalares em centros, como forma de concentrar recursos, ganhar qualidade, melhorar o serviço e prestar cuidados iguais para iguais necessidades;
- reforço de meios móveis de emergência pré-hospitalar: a distância não pode ser impedimento de acessibilidade, daqui a importância do investimento em transportes adequados – Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), Viaturas de Suporte Imediato de Vida (SIV), ambulâncias e helicópteros;
- centro de atendimento telefónico do SNS (“Saúde 24”): permitindo correcto apoio e encaminhamento do utente. Este serviço visa responder às necessidades manifestadas pelos cidadãos em matéria de saúde, contribuindo para ampliar e melhorar a acessibilidade aos serviços e racionalizar a utilização dos recursos existentes através do encaminhamento dos utentes para as instituições integradas no SNS mais adequadas. Incorpora os serviços de atendimento Saúde 24 Pediatria (“Dói, Dói? Trim, Trim!”) e a “Linha de Saúde Pública” (Direcção Geral de Saúde, 2008).

Com a requalificação do SU pretendeu-se normalizar o fluxo de utentes, evitando o uso inapropriado destes serviços e proporcionando a melhoria da qualidade do serviço.

O despacho nº24 681/2006 do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, de 30 de Novembro de 2006, definiu as características da rede de serviços de urgência, assim como os níveis de resposta que a integram.

Estas decisões foram impopulares mas, segundo Campos (2008), revelam-se benéficas para a qualidade de atendimento às populações.

No âmbito do processo de discussão pública, sobre o relatório da comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral, foram recolhidas sugestões e observações consideradas pertinentes, nomeadamente na definição das características da rede de serviços de urgência, tais como:

- localização dos serviços da rede;
- conceito do acesso sendo desejável que o tempo de trajecto até um serviço de urgência seja inferior a trinta minutos e que o tempo de trajecto até um serviço de urgência com capacidade cirúrgica seja inferior a quarenta e cinco minutos.

Com base nas características mencionadas, surgiram três níveis para os serviços de urgência hospitalares: serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência básica (SUB) e serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) (Ministério da Saúde, 2006).

Serviço de urgência polivalente (SUP) - é o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo das especialidades de pediatria, obstetrícia e psiquiatria segundo as respectivas redes de referência, ainda as seguintes valências: Cardiologia de intervenção; Cirurgia cardiorácica; Cirurgia maxilo-facial; Cirurgia plástica e reconstrutiva; Cirurgia vascular; Gastrenterologia (com endoscopia); Neurocirurgia; Pneumologia (com endoscopia); Imagiologia (com angiografia digital e Ressonância Magnética) e Patologia clínica com toxicologia.

Serviço de urgência básica (SUB) – é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à excepção de pequena cirurgia no SU), podendo, estar localizado numa área de influência que abranja uma população superior a 40 000 habitantes. O SUB permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações, dispondo dos seguintes recursos mínimos:

-
- Humanos – por equipa, dois médicos, dois enfermeiros, técnico(s) de diagnóstico e terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efectuar, um auxiliar de acção médica e um administrativo;
 - Equipamento – material para assegurar a via aérea, monitor com desfibrilhador automático, electrocardiógrafo, equipamento de imobilização e transporte, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples.

Serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) – trata-se do segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, dentro das áreas de influência respectivas, os trajectos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Ainda como valor indicativo, a valorizar nos diferentes contextos, este serviço deve distar mais de sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (sendo, contudo, admissível a existência de mais de um serviço de urgência médico-cirúrgico num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200 000 habitantes) e dispor dos seguintes recursos:

- Humanos - equipas de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respectiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU;
- Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo— medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, Tomografia Axial Computorizada), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas);
- Apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas) e medicina intensiva.

O serviço de urgência em estudo é exemplo de uma SUMC. Caracterizando-se desta forma, por possuir todas as vantagens e as desvantagens que acarreta esta classificação.

4.3. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HIP

O serviço de urgência do HIP, pretende assegurar à população cuidados de saúde diferenciados, de qualidade em situações de urgência/ emergência. Os objectivos que assentam a sua actividade assistencial são os seguintes:

- satisfazer as necessidades e as expectativas da população da área que abrange;
- criar uma cultura hospitalar que proporcione a satisfação profissional;
- esgotar os recursos humanos e os equipamentos, tornando-os eficientes em altos níveis de rentabilidade e de produtividade (Neves *et al.*, 2008).

Desde o início da sua actividade, tem-se constatado um aumento significativo na procura deste serviço. Em 2007 a afluência média diária foi de 265 utentes, perfazendo um total de 96 801 utentes (dados relativos à urgência pediátrica e à urgência geral).

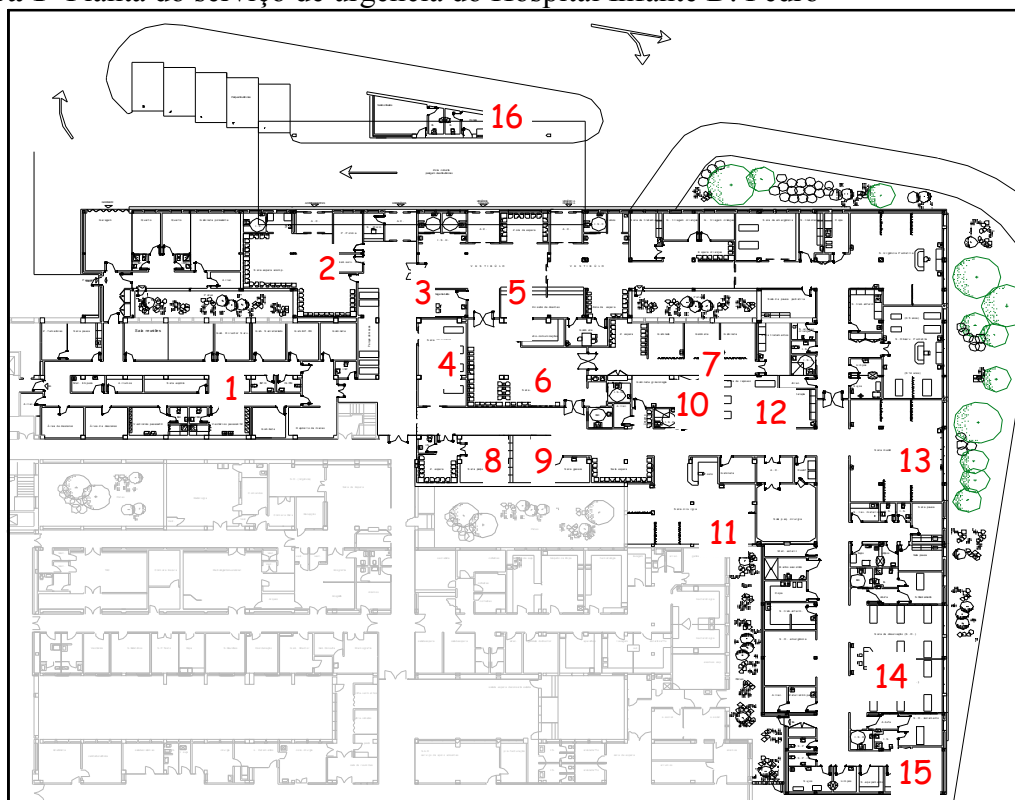
No primeiro semestre de 2008, contabilizaram-se 67 082 ocorrências, com uma média diária de 367 utentes³.

4.3.1. Estrutura física

O SU actual está em funcionamento desde Julho de 2006. Fisicamente está dividido em 16 áreas (Figura1).

³ Fonte: Dados extraídos do ADW/Alert (base de dados utilizada no SU do HIP).

Figura 1- Planta do serviço de urgência do Hospital Infante D. Pedro



Legenda:

- 1 – Gabinetes da Direcção do Serviço/Copa/Vestiários
- 2 – Sala de Espera de Acompanhantes
- 3 – Entrada de Emergência
- 4 – Sala de Emergência
- 5 – Admissão/Sala de Triagem
- 6 – Sala de Espera dos Utentes que aguardam observação médica
- 7 – Área de azuis, verdes e amarelos
- 8 – Gabinete de Psiquiatria

- 9 – Gabinete de Ortopedia/ Sala de Gessos
- 10 – Gabinete do Pessoal de Enfermagem
- 11 – Balcão de Cirurgia
- 12 – Sala de Decisão Clínica
- 13 – Balcão de Medicina
- 14 – Sala de Observações (S.O.)
- 15 – Stock de material
- 16 – Gabinete dos Seguranças

Caracteriza-se por possuir equipamentos e tecnologias actualizados, preparados para dar resposta às necessidades da população.

Por outro lado, a sua estrutura física evidencia um serviço moderno e recente.

Está dotado de vários plasmas para entretenimento dos utentes enquanto aguardam por observações médicas/ enfermagem, realização de exames, execução de procedimentos, entre outros.

O serviço está equipado com computadores em todas as áreas, para uso obrigatório de todos os profissionais. O SU tem como objectivo “abandonar” o uso de papel,

informatizando todos os dados do utente, assim como os procedimentos e os exames complementares de diagnóstico, através da base de dados *ALERT*.

Para este trabalho, achamos oportuno apenas descrever as áreas abertas aos utentes:

- **Balcão de admissão dos utentes:** local onde se realiza a inscrição do utente no SU.
- **Triagem de Manchester e encaminhamento dos utentes:** o SU acolhe utentes com patologias diversas que requerem cuidados de saúde diferenciados e distintos. Alguns destes utentes necessitam de cuidados imediatos, em detrimento de outros. Por este importante motivo, está implantado desde 2006, o sistema de triagem de prioridades, designado por *Triagem de Manchester*.

Este sistema, tem como objectivo, atribuir prioridades aos utentes, consoante a situação clínica que apresentem, com base na sintomatologia que manifestem no momento da entrada no SU. De acordo, com os sinais e sintomas o utente irá enquadrar-se num dos fluxogramas do programa, que induzirá à selecção de discriminadores gerais e específicos. A *Triagem de Manchester* é conduzida por um enfermeiro (com formação na área). As prioridades encontradas para cada utente são agrupadas em cinco grupos (Quadro 3).

Quadro 3: Prioridades de actuação de acordo com o sistema de Triagem de Manchester⁴

<i>Prioridades</i>	<i>Cor atribuída</i>	<i>Tempo para a primeira observação médica</i>
Emergente	Vermelho	Imediato
Muito urgente	Laranja	Até 10 minutos
Urgente	Amarelo	Até 1 hora
Pouco urgente	Verde	Até 2 horas
Não urgente	Azul	Até 4 horas
Não urgente	Branco(a)	-----

(a) A cor branca é utilizada quando o utente não se enquadra nos fluxogramas.

⁴ Fonte: Adaptado de Neves *et al.* (2008: 14).

-
- **Área de Azuis, Verdes e Amarelos:** composta por uma sala de espera para os utentes que aguardam observação, três gabinetes médicos e o gabinete de enfermagem.
 - **Sala de Emergência:** destina-se ao atendimento de todos os utentes com ou em risco de vida. Está equipada com todo o material para reanimação cárdio-pulmonar, assim como para a prestação de cuidados, em outras situações de emergência, que comprometem a vida ou/e a qualidade de vida do utente.
 - **Área de observação psiquiátrica:** equipada para receber doentes do foro psiquiátrico. A partir das 20 horas esta sala encontra-se encerrada, sendo os utentes transferidos para os HUC.
 - **Área de ortopedia e sala de gessos:** equipada para prestar cuidados a utentes do foro ortopédico.
 - **Área de cirurgia e especialidades cirúrgicas:** esta sala é da responsabilidade da equipa de cirurgia geral, com o apoio de um clínico geral e de um enfermeiro.
 - **Sala de pequena cirurgia:** destina-se a utentes que necessitem de realização de pequenas intervenções cirúrgicas. Possui as características exigidas para que funcione como bloco operatório.
 - **Sala de decisão clínica:** tem como principal objectivo acolher utentes que aguardam a realização e/ou resultados de exames, ou vaga nos serviços. Esta área é da responsabilidade de um enfermeiro.
 - **Sala de Inaloterapia:** destina-se aos utentes com patologia respiratória em fase aguda. É uma sala isenta de profissionais de saúde de presença permanente.
 - **Área de medicina:** sala ampla, que acolhe a maioria dos utentes urgentes que dão entrada no SU. Nesta área concentram-se os especialistas da área médica e um clínico geral. Existem em permanência dois enfermeiros.
 - **Sala de observações (SO):** constituída por uma sala ampla com capacidade para 14 utentes e um quarto de isolamento. É ainda constituída por uma sala de cuidados intermédios, com três unidades, preparadas para a prestação de cuidados a doentes graves. Na SO podem ser internados utentes de todas as especialidades.

5. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – PRESTADORES DE CUIDADOS

Achamos oportuno abordar a temática dos profissionais de saúde uma vez que, a avaliação que o utente faz dos serviços de saúde, é maioritariamente condicionada pela relação com os profissionais de saúde.

Frederico e Leitão (1999: 105), definem os recursos humanos, como sendo *as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e a sua gestão exige níveis elevados de cuidado, atenção e especialização.*

Historicamente o produto – cuidados de saúde – regulou-se basicamente num saber técnico, único e absoluto – a medicina. Contudo, a crescente complexidade das organizações, o aumento dos conhecimentos dos cidadãos (consumidores de cuidados), a evolução científica e tecnológica na área da saúde, norteou a incorporação de velhos e novos saberes produzidos por outros profissionais (Sousa, 1998).

Geraram-se processos de produção de cuidados, onde a qualidade e quantidade do produto está cada vez mais dependente da correcta correlação dos saberes dos diversos agentes.

O Ministério da Saúde (2004: 23) contempla no “Plano Nacional de Saúde 2004-2010” a importância dos recursos humanos na saúde, otimizando que deve haver uma preocupação acerca das suas aspirações, anseios, preocupações únicas e tentar criar os mecanismos para lhes dar resposta. A política de recursos humanos deverá valorizar *as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificados.*

Como referem Biscaia *et al.* (2003: 281), *uma política de recursos humanos da Saúde é, pois, uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir, do sector da Saúde e das pessoas que nele trabalham, a capacidade de resposta necessária para ir, por um lado ao encontro das expectativas de saúde, presentes*

e futuras, da população e, por outro, às expectativas das pessoas que trabalham neste sector.

A política remuneratória actual, da maioria das instituições hospitalares é incorrecta, pois não permite reconhecer e recompensar os contributos individuais dos colaboradores. Os processos de trabalho hospitalar apresentam inúmeras semelhanças aos das organizações de carácter empresarial, não obstante a sua especificidade. Mas a fixação de salário iguais e pré-determinados e a ausência de mecanismos remuneratórios complementares que premeiem a produtividade e a qualidade, não permite incentivar os profissionais mais dedicados. Este facto, associado à ausência de objectivos estratégicos do hospital que assegurem um nível de competitividade externa e equidade interna que potencie a sua atracção, retenção e desenvolvimento, vem conservando uma cultura desresponsabilizante nos serviços e nas instituições (Rodrigues, 2005).

Biscaia *et al.* (2003: 284), reforçam este facto ao afirmarem que *um sistema remunerativo não está associado ao desempenho e, para as profissões mais diferenciadas, reduzidas obrigações de presença e correspondentes baixos pagamentos incentivam a acumulação de funções fora do SNS, com inevitável conflito de interesses.*

Para compensar são criadas formas artificiais e pouco transparentes de remuneração do trabalho. O mesmo se verifica na atribuição e manutenção dos regimes especiais de trabalho (dedicação exclusiva e regime de horário acrescido) onde existem inúmeros casos injustificados e de vantagens muito discutíveis (Ministério da Saúde, 1998).

A generalidade dos profissionais *está genuinamente empenhada em prestar cuidados de saúde de qualidade mas é necessário fomentar um trabalho mais sistemático de ligação entre os padrões de qualidade estabelecidos para a unidade/ serviço/ grupo de trabalho, as práticas de desempenho existentes, a identificação dentro do grupo multidisciplinar, das áreas onde se devem iniciar processos de melhoria, as necessidades de educação individuais e de grupo, e o compromisso dos elementos do grupo que reconhecem o seu contributo para a melhoria dos serviços* (Biscaia *et al.*, 2003: 286-287).

Actualmente, fácil será de entender que os protagonistas de produção de cuidados hospitalares, são maioritariamente constituídos por médicos e enfermeiros, e é sobre estes que os utentes incidem principalmente a sua avaliação.

Hall & Press (1996) confirmaram este facto ao concluírem que os utentes são mais facilmente influenciados por os seguintes factores:

- pessoal de enfermagem: normalmente são os primeiros e os últimos profissionais a terem contacto com o doente, estabelecendo-se um maior contacto;
- questões médicas: o nível de satisfação é proporcional, à atenção, informação e comunicação proporcionada. Para Pego (1998), a comunicação entre os médicos e os doentes é um importante factor para a satisfação.

Dada a importância dos profissionais de saúde no restabelecimento e recuperação da pessoa, nos últimos anos assistiu-se a um aumento no número de profissionais de saúde (Quadro 4).

Quadro 4: Número de enfermeiros e médicos, por 1000 habitantes em Portugal continental⁵

Número de profissionais/ 1000 habitantes	1998	2007
Enfermeiros	3,3	5,1
Médicos	2,4	3,6

Estes números permitem-nos alvitrar que é delicado responder com toda a qualidade desejada, quando o número de profissionais não está ajustado às reais necessidades dos serviços.

Em 1987 Gummesson sugeriu que os empregados constituem um mercado interno dentro da empresa (serviço) e este mercado tem de ser alcançado de forma eficiente, a fim de satisfazer as necessidades dos clientes externos.

Na sequência do trabalho, elaborado por Gremeler *et al.* (1993) as atitudes dos profissionais para os clientes podem ser divididas em três tipos:

⁵ Fonte: Estatísticas do Pessoal de Saúde (2000): www.ine.pt.

-
- profissionalismo – quando o trabalhador (prestador de serviços) é mais eficiente e educado em entregar o serviço do que o cliente espera;
 - empatia – quando o trabalhador (prestador de serviços) demonstra cuidado e preocupação com o cliente acima do que é normalmente esperado;
 - co-operação – quando o trabalhador (prestador de serviços) é mais amigável, cortês e prestativo do que o cliente espera.

As instituições de saúde caracterizam-se pela heterogeneidade de profissionais que partilham o mesmo espaço geográfico e o mesmo objectivo – cuidar. Operam-se sob vários saberes na procura de alcançar o bem-estar do indivíduo.

Se é comumente aceite, que a eficiência dos serviços de saúde depende em larga escala da qualidade da sua estrutura organizacional, também é verdade que depende fortemente dos agentes intervenientes na prestação de cuidados.

Os recursos humanos em saúde são o capital, cuja boa gestão mais beneficiará o sistema e daí a necessidade de definir e explicitar políticas de recursos humanos. (Rodrigues, 2005).

Quando falamos de prestador de cuidados como principal interlocutor com o utente, torna-se necessária uma abordagem, mesmo que sumária, da cadeia de produção de cuidados, na qual se inserem os diversos prestadores.

O SU do HIP funciona em regime permanente, dispondo de equipas de profissionais escaladas em regime de presença e de prevenção.

Médicos

Legalmente, são os únicos profissionais com poder para prescrever cuidados médicos e terapêutica farmacológica.

O médico, através da sua formação, adquire competências técnicas para tratar doentes, estudar doenças e inovar processos de diagnóstico e terapêutica. Ou seja, em sentido lato, cabe o papel técnico de tratamento dos doentes (Rodrigues, 2005).

O modelo de cuidados a prestar no hospital foi organizado e mantido por médicos, tendo determinado a diversidade de objectivos específicos para cada grupo profissional,

posições hierárquicas de cada profissão, na estrutura dos serviços e uma diversidade de relações formais e informais que regulamentam as relações de trabalho em cada hierarquia.

Nos últimos anos, a actividade médica, tem sido alvo de duras críticas e exigências. A atitude paternalista face aos utentes, tem sido questionada pelos próprios utentes, verificando-se estes factos empiricamente. Segundo o Gabinete do Utente, *o grupo profissional sobre o qual recaiu, em 2007, o maior número de reclamações foi o dos médicos (48%), contrabalançando estes números, constatou-se que também são estes o alvo do maior número de elogios (33%)* (Ministério da Saúde, 2007: 5).

A equipa médica do SU do HIP, à semelhança de outros hospitais do país, caracteriza-se pela sua heterogeneidade. Coabitam no mesmo espaço várias especialidades, com a particularidade que alguns profissionais, além do horário de “Banco”, terem de cumprir funções na Consulta Externa, no Internamento e dependente da especialidade, no Bloco Operatório.

Existem outros médicos que trabalham apenas no SU (representam uma minoria). Alguns diariamente, outros três ou quatro turnos por semana.

Por último, ainda são contratados médicos, de determinadas especialidades para preencher alguns dias no mês (como é exemplo a especialidade de Ortopedia).

Estes factores poderão interferir directamente com a prestação de cuidados, uma vez que os profissionais “da casa” exercerão com algum sentimento de pertença e de defesa do serviço.

A equipa médica, do SU do HIP, funciona sob a coordenação do Chefe de Equipa (profissional médico, representante do Director da Urgência e do Conselho de Administração, normalmente é recrutado das especialidades de Cirurgia Geral ou da Medicina Interna).

O número de médicos por turno, em presença física no SU do HIP, está representado no Quadro 5.

Quadro 5: Número de médicos em presença física no SU do HIP⁶.

Especialidades	Número de médicos/ turno	
	8h – 24h	24h – 8h
Medicina Interna	4	2
Cirurgia geral	3	2
Ortopedia	3	2
Clínica geral	6	4
Ginecologia/ Obstetrícia	3	2
Anestesiologia	2	2
Medicina intensiva	1	1
Psiquiatria	1	----
Cardiologia	1	1

Tal como está preconizado para os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC), existem algumas especialidades médicas que não estão em presença física nas 24 horas e outras especialidades que estão presentes em regime de prevenção (Quadro 6).

Quadro 6: Especialidades médicas em regime presencial ou em regime de prevenção⁷.

Especialidades	Regime Presencial	Regime de Prevenção
Neurologia	X	---
Patologia clínica	---	X
Pneumologia	X	---
Imuno-hemoterapia	---	X
Urologia	X	---

⁶Fonte: Adaptado de Neves *et al.* (2008).

⁷ Fonte: Adaptado de Neves *et al* (2008).

Especialidades	Regime Presencial	Regime de Prevenção
Oftalmologia	X	---
Otorrinolaringologia	X	---
Gastrenterologia	X	---
Estomatologia	X	---

Os Enfermeiros

A enfermagem é definida pelo Decreto Lei nº 161/96 do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros como a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Os cuidados de enfermagem, tendo em conta a sua complexidade, especificidade e diversidade, são muito dependentes do contexto e influenciados pela dinâmica da estrutura, dos processos e dos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

No SU do HIP, a equipa de enfermagem é constituída por 67 elementos: Enfermeiros Chefes – 2 (SU + SO); Enfermeiro Especialista – 1; Enfermeiros Graduados – 24; Enfermeiros nível I – 39.

Os enfermeiros asseguram os cuidados, distribuídos em três turnos (Quadro 7).

Quadro 7: Distribuição do número de enfermeiros por turno e áreas de trabalho no SU do HIP⁸.

Turno	Áreas de Trabalho							
	Emergência e Psiquiatria	Triagem	Sala Azuis, Verdes e Amarelos	Coordenação de turno e Ortopedia	Balcões de Medicina	Balcões de Cirurgia	Sala de Decisão clínica	SO
8h-15h	1	1	2	1	2	1	1	3
15h-24h	1	1	2	1	2	1	1	2
24h-8h	(a)	1	1	1 (a)	2	1 (b)	(b)	2

(a) O enfermeiro coordena o turno e acumula as três áreas de trabalho (Emergência, Psiquiatria e Ortopedia); (b) O enfermeiro acumula as duas áreas de trabalho (Balcão de cirurgia e a Sala de decisão clínica).

Estes profissionais trabalham no hospital, exclusivamente no SU.

De acordo com os dados do Gabinete do Utente, em 2007, verificaram-se que 8% das reclamações, referiam-se aos enfermeiros. Contudo, também este grupo profissional recebeu 23% dos elogios registados (Ministério da Saúde, 2007).

⁸ Fonte: Adaptado de Neves *et al.* (2008).

Capítulo II

A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A qualidade dos serviços é uma dimensão relativamente recente, mas que ganhou grande destaque na sociedade moderna. Engloba vários factores inclusive, factores relacionais e comportamentais, concedendo-lhe desta forma uma subjectividade, que dificulta a sua monitorização e medição.

O utente é a razão de ser dos serviços de saúde. A um só tempo, ele é o cliente e o produto da organização. Nos serviços de saúde, em particular no hospital, o utente é classificado com base na doença e nos cuidados, há uma ruptura com o exterior, caracterizando-se pela inactividade e pelo isolamento, sendo a distribuição do tempo e as condutas ditadas em função das rotinas das actividades hospitalares, passando a ser reconhecido pela natureza da sua doença, pela complexidade dos processos médicos, pela sua localização no hospital e pelo renome dos médicos que o tratam (Carapinheiro, 1993).

Mas, nos últimos anos, verificamos que a situação tem sofrido profundas alterações, existindo uma consciência cada vez mais acentuada, em relação à qualidade dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde têm procurado oferecer cuidados de qualidade, contudo a dificuldade na sua avaliação acresce, pelas particularidades do serviço e principalmente pelo tipo de utilizadores (apresentam-se vulneráveis, pelas mais diversas situações) e o tipo de processo envolvido.

Os utentes têm diferentes pontos de vista sobre a qualidade, por exemplo, igualam-na ao alívio da sintomatologia, com a melhoria funcional, com a empatia dos profissionais, entre outras (Monteiro, 2000). No entanto, a opinião destes utilizadores acerca da sua satisfação com o serviço é primordial para a avaliação da qualidade.

A satisfação do utente traduz-se de acordo com vários autores estudados, na confirmação ou não das suas expectativas.

Ao longo deste capítulo procuraremos definir o conceito de qualidade, destacando os factores que fomentam qualidade nos serviços. Por último, destacaremos a qualidade percebida, nos serviços de saúde.

1. CONCEITOS DE QUALIDADE

As preocupações com a qualidade sempre existiram e são de certo modo intrínsecas à natureza humana. Actualmente, é muito menos comum, mas houve tempos em que a sobrevivência dependia de habilidade própria, e a qualidade era entendida pela quantidade de comida, o abrigo ou o bem-estar. Hoje em dia, os consumidores não têm possibilidade de influenciar directamente grande parte dos produtos que consomem. No entanto, a exigência da qualidade manteve-se, mas a outra escala (Pires, 2000).

O conceito de qualidade pode assumir inúmeros significados. Muitas vezes a qualidade de serviço confunde-se com o conceito de satisfação.

O conceito de qualidade caracteriza-se pela subjectividade e pela dificuldade na monitorização e medição.

Para Pires (2000) a qualidade para ser definida tem de conter três divisões:

- Qualidade da concepção – é a medida em que o projecto incorporou as necessidades e as expectativas do consumidor, quer em termos funcionais, quer em termos técnicos;
- Qualidade do fabrico/ prestação do serviço – é a medida em que o produto/ serviço está de acordo com as especificações;
- Qualidade na utilização - é a medida em que o produto desempenhou as tarefas ou prestou os serviços que o consumidor esperou dele.

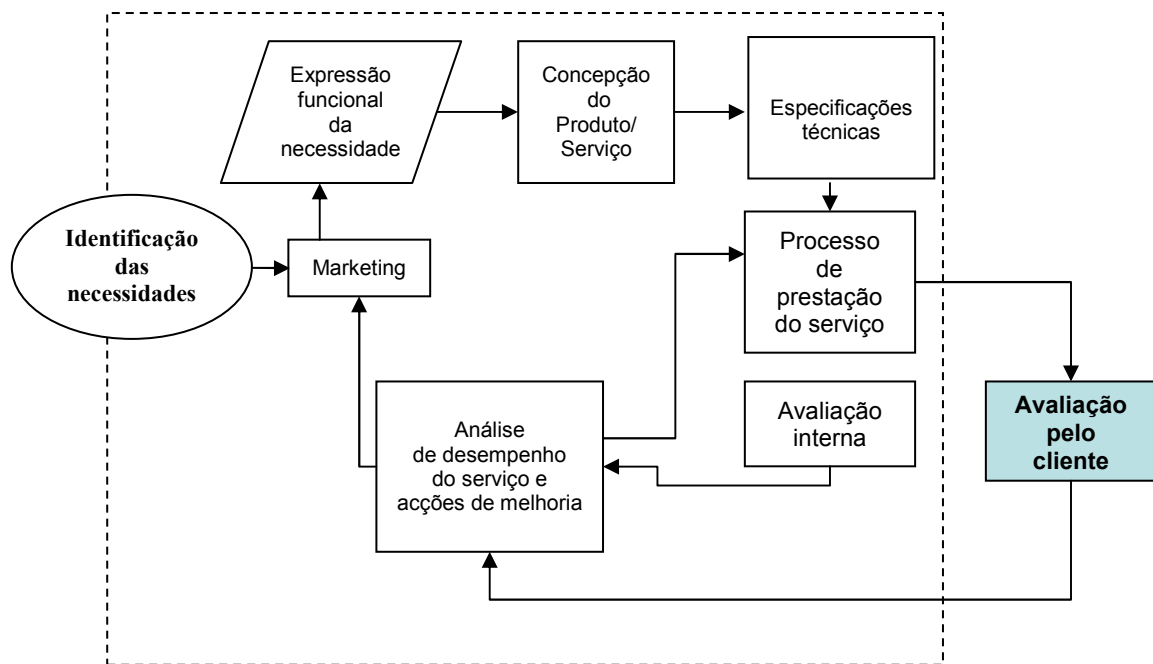
Existe uma quarta divisão que está associada à com a qualidade relacional, medida da eficácia dos contactos com os clientes.

O conceito de qualidade encerra um conjunto de características que podem ser divididas em:

- Características funcionais – directamente úteis aos consumidor e que permitem ao produto dar respostas ao quadro de necessidades do consumidor;
- Características técnicas – resultam da solução técnica encontrada.

A qualidade integra todas as actividades do serviço, o que está bem ilustrado no ciclo da qualidade (Figura 2).

Figura 2: O Ciclo da Qualidade⁹



Não é fácil definir o conceito de Qualidade. A sua definição terá de partir de alguns conceitos básicos e posteriormente ser adaptada a cada caso em concreto (tipo de serviço, produto, entre outros).

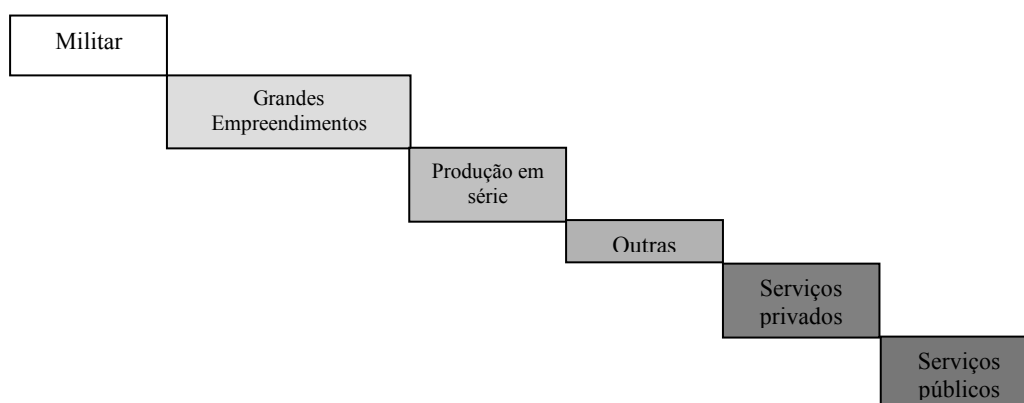
⁹ Fonte: Adaptado de Pires (2000: 26).

A qualidade assume grande relevância e é parte integrante da gestão dos serviços, constituindo, segundo Pires (2000) um sub-sistema. Consequentemente, associa-se a gestão à qualidade.

2. A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Historicamente, a importância atribuída à qualidade dos serviços, está ligada a áreas vitais (militar, defesa, ...), posteriormente às indústrias e destas aos serviços privados e públicos, tendo vindo progressivamente a intensificar-se e a diversificar-se, à medida que os processos se tornaram mais complexos, os consumidores mais exigentes e a competitividade maior (Figura 3).

Figura 3: Evolução temporal da qualidade por interesse dos serviços¹⁰



Cardoso (1998: 314) metaforizou da seguinte forma acerca do conceito de Serviço (...) *os serviços são a arte dos “momentos da verdade”*. *O que fica, após a prestação de um Serviço não é geralmente visível, mas sobretudo sentido*.

O domínio de novas competências de produtividade e da competitividade, determinam a procura incessante pela qualidade dos serviços. É a peça central e estratégica

¹⁰ Fonte: Adaptado Pires (2000: 32).

dos serviços. É neste âmbito que se requerem melhores processos que possibilitem a implementação e monitorização da qualidade. Será através deste método que se produz a informação importante para a tomada de decisões e para a (re)avaliação de processos e resultados (Monteiro, 2000).

A qualidade do serviço é uma expressão utilizada para realçar algo mais consistente, estável, enquanto a satisfação encerra-se numa experiência pessoal permitindo assim, uma certa variabilidade e fragilidade.

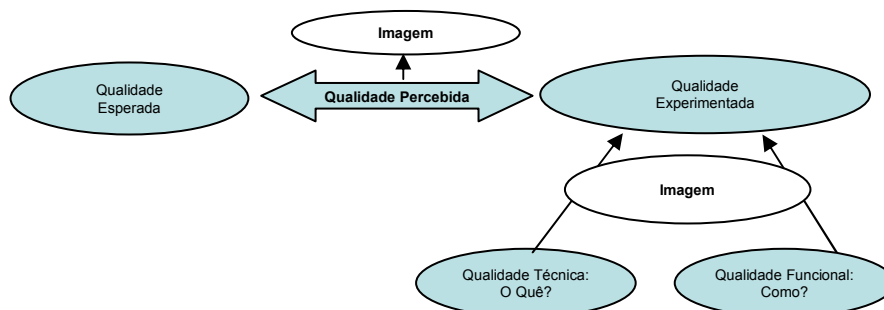
Como já foi referido, o próprio conceito de Serviço integra três características que condicionam grandemente a avaliação da qualidade do serviço (Pinto, 2003):

- os serviços são processos e não bens (Intangibilidade);
- os serviços, com maior ou menor extensão, são produzidos e consumidos simultaneamente (Simultaneidade);
- o cliente é um elemento participativo no processo de produção do serviço (Heterogeneidade).

O conceito de serviço revela-se mais do que a soma de recursos. Transforma-se numa imagem mental (logo mais intangível) de um conjunto de características, desenhada pela combinação de todos os seus elementos (Johnston & Clark, 2002).

Para Grönroos (2000), a imagem do serviço funciona como um filtro das percepções da qualidade do serviço. Na maioria, a imagem tem uma elevada importância e afecta as percepções da qualidade (Figura 4).

Figura 4: Modelo da qualidade percebida do serviço¹¹.



¹¹ Fonte: Adaptado de Grönroos (2000).

O autor refere que os clientes avaliam a qualidade do serviço relativamente a várias características, que podem representar uma das seguintes dimensões: técnica (relacionada com o resultado do serviço) e funcional (relacionada com o processo ou experiência).

A dimensão técnica ou qualidade do resultado, remete para tudo o que os clientes recebem nas interações com o serviço, é a resposta técnica oferecida pelo serviço (relaciona-se por exemplo com a disponibilidade, a informação fornecida). A dimensão funcional refere-se à forma como o serviço é prestado. É também denominada de qualidade do processo (relaciona-se por exemplo com factores como a acessibilidade, condições físicas, limpeza, privacidade).

A qualidade de serviço pode ser uma ideia geral que o cliente tem acerca dos serviços prestados por determinada organização. Podemos assim afirmar que pode haver qualidade de serviço, sem que tenha sido experimentado. Estes conceitos influenciam-se mutuamente. A satisfação do serviço sugere superioridade na qualidade desse mesmo serviço. Por outro lado, a impressão de determinada qualidade, influencia perspectivas que determinarão níveis de satisfação (Pinto, 2003).

Relativamente, aos serviços de saúde, que são o alvo deste trabalho, é importante definir o seu produto – os cuidados de saúde.

Os cuidados de saúde, segundo Pego (1998) e Hesbeen (2001), são compostos essencialmente por duas componentes:

- técnica – compreende a função de restauração, curar;
- interpessoal – corresponde à função de cuidar.

Garantir a total qualidade do serviço é um objectivo demasiado ambicioso pelas seguintes razões:

- os consumidores podem entender a qualidade de diversas maneiras – a subjectividade do conceito (Johnston & Clark, 2002; Pires, 2000; Grönroos, 2000; Pinto, 2003; Monteiro, 2000);
- a qualidade assume cada vez mais um campo maior e necessita de utilizar conhecimentos provenientes das mais diversas áreas (Pires, 2000; Grönroos, 2000; Pinto, 2003).

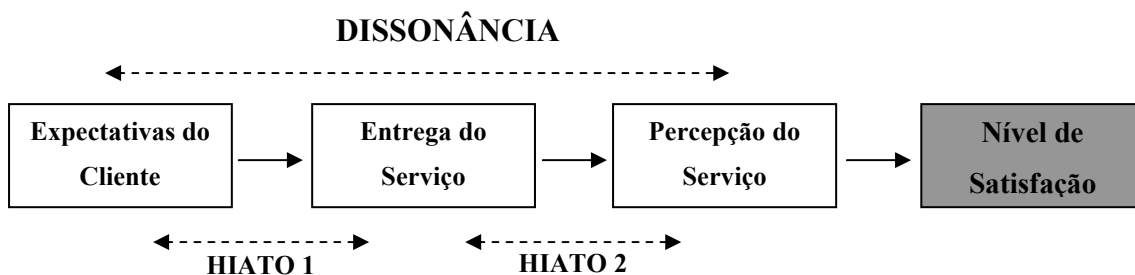
O cliente não avalia somente o resultado do serviço, mas também o processo da prestação do serviço, e é aqui que reside a grande dificuldade na avaliação da qualidade do serviço.

2.1. OS HIATOS

A qualidade de um serviço prestado nem sempre está em concordância com a forma como o cliente vê o serviço, como percebe a sua qualidade, podendo assim existir dissonância entre as expectativas e a percepção do serviço realizado.

A Figura 5 apresenta uma versão simplificada, do modelo dos Hiatos desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1985), onde estão representados os desencontros entre as expectativas e a entrega do serviço e/ ou entre a entrega e a percepção do serviço.

Figura 5: Modelo simplificado dos Hiatos¹²



A dissonância entre as expectativas e o serviço realizado é representada pelo Hiato 1, que é originado quando o cliente tem expectativas inapropriadas. Um exemplo comum desta situação ocorre quando, os emigrantes portugueses recorrem aos serviços de saúde do nosso país. Pela experiência que trazem do país em que estão emigrados, não compreendem a funcionalidade do sistema de Saúde Português.

¹² Fonte: Adaptado de Johnston & Clark (2002: 127).

O Hiato 1, também pode resultar da insuficiência de recursos (muito comum nos serviços de saúde pela carência de recursos humanos e materiais) ou da própria concepção do serviço.

O Hiato 2 pode resultar da realização incorrecta de um serviço ou dos clientes perceberem inadequadamente o serviço. É fácil compreendermos a existência deste hiato se considerarmos, como por exemplo um serviço de saúde, onde a actividade se desenvolve por pessoas e para pessoas. A realidade do serviço passa a ser aquilo que o utente de uma forma muito pessoal, influenciado pela sua condição de doente, percepção.

Os programas governativos têm estabelecido, consensualmente, a necessidade de melhorar a qualidade dos produtos e serviços prestados aos cidadãos. A qualidade tem sido um conceito introduzido e bastante discutido na Administração Pública, assumindo um (...) *conjunto de propriedades e características de um produto ou dum serviço que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas dos clientes* (Orvalho 1998: 311).

Estudos apontam que os profissionais de saúde e os doentes têm perspectivas diferentes acerca da qualidade dos cuidados (Martínez *et al.*, 2004).

Idealmente, deveria existir igualdade entre o ponto de vista da organização e do cliente, face à qualidade do serviço. Obviamente, que nem sempre isto acontece. Para Johnston & Clark (2002), os indivíduos tendem a filtrar o que vêem e o que experimentam, através de três formas:

- Filtragem selectiva: percebem o que é importante para a situação actual;
- Distorção selectiva: modificam e procuram informações que apoiam princípios e preconceitos pessoais;
- Retenção selectiva: evocam somente o que é relevante para as suas necessidades e para as suas crenças.

3 - FACTORES DE QUALIDADE DO SERVIÇO

Todas as pessoas são a favor da boa qualidade. Pertence à nossa cultura apreciar o trabalho bem feito. As próprias empresas justificam a sua existência para responder a

necessidades dos indivíduos. Contudo, nem sempre o produto que a empresa oferece, corresponde às expectativas e às necessidades do consumidor (Pires, 2000). Tornou-se importante categorizar a Qualidade de forma a responder às exigências dos clientes.

Pires (2000: 20) apesar de reconhecer a componente subjectiva da Qualidade, sendo por vezes difícil ou mesmo impossível de medir com precisão (do ponto de vista do controlo da qualidade ou da garantia da qualidade), a qualidade necessita de ser objectivada e quantificada de forma a ser mensurável. Mesmo *as características subjectivas devem na medida do possível ter alguma forma de medição (ou comparação)*.

A identificação de factores de qualidade do serviço tem sido uma área de interesse de vários investigadores. Esta questão deverá estar no centro da preocupação dos gestores de serviços. Torna-se uma exigência saber especificar as expectativas dos clientes, para desta forma, o serviço estar apto a medir e a controlar a qualidade percebida do serviço (Johnston, 1995).

Os autores não são unânimes na fixação de factores que determinam a avaliação da satisfação dos utentes, como demonstramos de seguida.

Parasuraman *et al.* (1985) foram dos primeiros autores a especificarem dez factores de qualidade: acesso; comunicação; competência; cortesia; credibilidade; confiabilidade; responsividade; segurança; compreensão; tangibilidade.

Para Hopkins e Fitz (1993) os principais factores que os utentes dos serviços de saúde valorizam são:

- disponibilidade dos cuidados;
- acessibilidade aos cuidados (por exemplo: tempo de espera, distância);
- processo de cuidados, nomeadamente aspectos interpessoais (ex. competência profissional, a organização);
- resultados dos cuidados (por exemplo: alívio da dor, ausência de sequelas).

Jonhston & Silvestro (1990) e Johnston (1995) realizaram estudos acerca desta temática e apresentaram os seguintes factores de qualidade:

- acesso: unidades de saúde geograficamente acessíveis, considerando a distância, e os transportes alternativos;

-
- estética: o meio no qual os cuidados são prestados. Componentes do serviço que agradam o cliente, inclui o ambiente, a aparência das instalações;
 - atenção/ assistência: refere-se principalmente ao contacto que os funcionários têm com o cliente;
 - disponibilidade: associada à disponibilidade das instalações, dos funcionários e dos bens oferecidos ao cliente. Pode significar, por exemplo, o tempo disponível que os funcionários têm para dedicarem ao cliente;
 - cuidado: refere-se às demonstrações de preocupação, consideração, simpatia e paciência. Inclui a medida em que o cliente se sente à vontade e emocionalmente confortável;
 - limpeza/ atractividade: inclui a limpeza, a aparência clara e atraente das componentes tangíveis (instalações, ambiente, bens e funcionários);
 - conforto: relativo ao ambiente e às instalações;
 - comprometimento: dos funcionários para com o trabalho, inclui satisfação, orgulho, perfeccionismo e zelo;
 - comunicação: o profissional de saúde deve ouvir o utente fornecendo-lhe informações de modo que o doente possa compreender, inclui esclarecimento de dúvidas, de forma clara, acessível e objectiva;
 - competência: a habilidade e o profissionalismo demonstrados na prestação do serviço. Evitar riscos desnecessários. Inclui a adopção de práticas resolutivas, nível de conhecimentos, orientação consistente e habilidade geral de fazer um bom trabalho;
 - cortesia: refere-se ao modo como cada profissional interage com os clientes, ou seja educação, respeito, interesse (Johnston & Clark, 2002; Vaitsman & Andrade, 2005);
 - flexibilidade: relativa à vontade dos funcionários em complementar ou alterar a natureza do serviço, a favor das necessidades do cliente;
 - cordialidade: o tipo de abordagem pessoal. Inclui atitudes agradáveis e a habilidade de fazer com que o cliente se sinta bem-vindo;
 - funcionalidade: refere-se à natureza do serviço e à sua adaptação ao objectivo da “qualidade do produto”;

- integridade: honestidade, imparcialidade e justiça durante a abordagem aos clientes;
- confiabilidade: os serviços cumprirem o que prometeram e estarem habilitados a realizar o serviço;
- responsividade: diz respeito ao modo como o desenho da organização reconhece e consegue responder às solicitações dos clientes (Segurança: pessoal do cliente e dos seus bens. Inclui a protecção da privacidade do cliente e garantia da confidencialidade das informações fornecidas pelo cliente.

Estes factores são também defendidos por Johnston & Clark (2002); Organização Mundial de Saúde (2000); Vaitsman e Andrade (2005).

Reconhecer as expectativas dos clientes é importante para as organizações, mas igualmente importante é compreender a relevância e os efeitos dos vários factores de qualidade. É necessário especificar os factores que encantarão e os que provocarão insatisfação, para melhor gerir a prestação do serviço.

Os dezoito factores descritos por Johnston (1995) proporcionam um sustentáculo para:

- compreensão e definição das expectativas dos clientes;
- descrição e especificação dos níveis de qualidade do serviço;
- medição/ avaliação da satisfação do cliente.

Estes autores representam um forte fundamento, na avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

4. GESTÃO DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A qualidade nos cuidados de saúde assume um carácter bastante complexo, uma vez que encerra as características individuais do utente, sociais da população e o conceito do próprio serviço e do prestador do serviço.

Obviamente, que os hospitais actuam num mercado muito específico e enredado, diferente do mercado de concorrência perfeita. Nas organizações hospitalares, não se

podem aplicar integralmente as leis típicas do mercado: quer devido às particularidades dos serviços de cuidados de saúde, quer ao comportamento dos consumidores e dos mecanismos de oferta/ procura de cuidados de saúde, nomeadamente a ignorância do consumidor e a relação de agência imperfeita (Monteiro, 2000). Contudo, estes factos não justificam a negligência face à qualidade. A necessidade de ir ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes é igualmente pertinente, obedecendo às particularidades que lhe estão intrínsecas.

Existe uma grande diversidade de forças sociais que pressionam as organizações de cuidados de saúde a implementarem medidas mensuráveis de qualidade. Monteiro (2000) dá como exemplo: consumidores, terceiros pagadores, legislação governamental, competição, entre outras.

As preocupações, com a avaliação dos serviços de saúde, remontam ao século XIX e eram motivadas por apurar as melhores práticas para tratar os doentes e não por razões de concorrência.

Esta necessidade aumentou após a II Guerra Mundial, ao observar-se a complexidade da medicina e os custos da sua manutenção, sendo criados modelos de avaliação sistemática no planeamento e na garantia da qualidade dos serviços prestados.

Em Portugal, os primeiros sistemas de avaliação hospitalar iniciaram-se em 1980, tendo vindo a aumentar em termos de exigência desde então (Raposo, 1998).

Para Mezomo (2001), embora tenha sempre existido por parte dos profissionais uma certa preocupação com a qualidade, a sua avaliação baseada em critérios empíricos é um fenómeno relativamente recente. Durante muitos anos, os cuidados de saúde eram dominados pelas actividades dos médicos. Estabeleceram-se relações de conhecimento desigual entre os médicos e os utentes, por isso a qualidade era avaliada apenas pelos primeiros, uma vez que estes é que detinham o conhecimento.

Nos últimos anos, a realidade tem sofrido mudanças bastante significativas, onde os próprios profissionais de saúde alteraram as suas concepções a este propósito, havendo lugar para ouvir o utente e ter em conta o nível de satisfação deste, face aos cuidados de saúde.

Em 1993 Ferreira e Seco, concluíram que apesar das melhorias efectivas do estado de saúde em Portugal, este facto não tem correspondido a uma percepção de melhoria significativa da qualidade dos serviços. Os autores defendem que a melhor qualidade não reflecte apenas uma melhoria técnica do serviço, mas também um melhor acesso à saúde, mais e melhor informação (relativamente ao próprio estado do indivíduo), o carinho com que é tratado e a atenção dedicada aos seus sentimentos e valores.

Actualmente, está em curso a implementação de um sistema de qualidade na saúde assente em quatro pilares: Instituto da Qualidade, Conselho Nacional da Qualidade, Comissão Nacional de Acreditação e Agência de Avaliação de Tecnologias. Pretende-se assim, sistematizar e potenciar o desenvolvimento sustentado, dando ênfase aos principais objectivos do sistema de saúde: promover e assegurar níveis de saúde à população e assegurar a satisfação dos utilizadores dos serviços.

A qualidade em serviços de saúde é definida por Mezomo (2001: 66) como (...) *o grau de adequação dos serviços prestados (testes, diagnósticos e tratamento baseados no conhecimento actualizado em relação à eficácia (...)) às reais necessidades do doente (...). (...) inclui o nível de satisfação do doente (...).*

Quando se estuda a qualidade dos cuidados de saúde é necessário considerar múltiplas dimensões de origem social, cultural e económica. Optar por uma avaliação centrada no utente, poderá reflectir uma imagem pouco fiel da real qualidade hospitalar.

O Ministério da Saúde (1998: 62) designou o conceito de qualidade em saúde como (...) *processo contínuo de actividades planeadas, baseado na revisão de desempenhos e no estabelecimento de metas específicas, com o objectivo de melhorar a qualidade efectiva dos cuidados prestados.*

Este tipo de abordagem exige que sejam examinados todos os aspectos da prestação de cuidados. Deverão ser considerados os aspectos técnicos, interpessoais, sociais, psicológicos, éticos, assim como a acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação (Monteiro, 2000).

Como já foi referido, nem sempre a imagem que o utente faz do serviço, corresponde à real qualidade que o serviço apresenta. Podendo existir serviços de qualidade, face à eficiência e eficácia (de acordo com os recursos disponíveis) que aos

olhos dos clientes apresentam má qualidade. A definição e monitorização da qualidade, implica operacionalizar todos os elementos que a integram.

A percepção que o utente tem de um serviço de saúde não depende apenas da capacidade que apresenta em solucionar o seu problema, mas também como é realizado todo esse processo (Martínez *et al.*, 2004).

O utilizador, na sua avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, identifica de imediato, a conduta do prestador em duas dimensões fundamentais: técnica e cognitiva. A dimensão técnica compreende a componente prática, o saber fazer; a dimensão cognitiva remete para a componente interpessoal e engloba o saber estar, e o saber ser. Esta heterogeneidade dificulta a monitorização e avaliação da qualidade e dos resultados das medidas aplicadas.

É preciso perguntar e escutar os utentes, para conhecer o que realmente esperam, dos serviços de saúde, para aí se focalizar a assistência. Ou seja, a avaliação da qualidade envolve necessariamente a opinião dos utentes. Como é que os utentes avaliam a qualidade dos cuidados de saúde? O que é que procuram? Como é que as instituições de saúde respondem às necessidades e às expectativas dos utentes? A qualidade dos cuidados hospitalares está a melhorar?

A resposta a estas perguntas interessa à sociedade em geral, e ao indivíduo doente em particular, uma vez que todas as pessoas, individuais ou colectivas, são contribuintes do Estado e consequentemente têm a legitimidade para exigir que o seu dinheiro seja investido em serviços de qualidade (Orvalho, 1998).

É fundamental, que as instituições de saúde tenham flexibilidade e estejam atentas às expectativas dos utentes, não só em termos do diagnóstico e tratamento, mas também focando outros factores que já foram referidos.

É importante não descurar, que a definição de qualidade varia conforme o ponto de vista dos utilizadores, dos profissionais ou dos gestores, mas as diferentes perspectivas têm de ser consideradas. A “qualidade” representa o equilíbrio entre todas estas concepções (Monteiro, 2000).

Para alcançar a qualidade é preciso encontrar bons níveis de satisfação, como respostas adequadas às expectativas individuais e sociais.

Para além de outras actividades, a avaliação da satisfação e das expectativas dos utentes evolui dum carácter pontual para uma avaliação sistemática (Monteiro, 2000).

Reconhecendo a importância de todas as perspectivas dos intervenientes no serviço de prestação de cuidados, o nosso trabalho incidirá em procurar encontrar pontos de encontro e desencontro entre profissionais e utentes, contribuindo desta forma para alcançar a “qualidade” preconizada por todos e para todos.

Capítulo III

A SATISFAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Historicamente, a satisfação dos utentes não era valorizada, raramente os serviços de saúde procuravam determinar o nível de satisfação dos seus utilizadores.

Actualmente, a satisfação nos serviços assume cada vez mais, um papel de extrema importância para as instituições, designadamente ao nível das unidades hospitalares, onde as expectativas de qualidade dos utentes e dos profissionais estão a aumentar.

Para assegurar a satisfação dos utentes, os gestores necessitam de informação precisa, relativamente às necessidades dos utentes e dos recursos necessários para assegurar as suas expectativas.

A única forma de desenvolver estratégias de satisfação do utente é efectivamente estar na posse de sistemas de informação fiáveis, e reconhecer a importância da percepção dos utentes sobre a imagem do serviço.

Existem determinados incentivos externos que contribuem para a percepção do consumidor. Conhecendo estas características externas e as necessidades individuais dos utilizadores, torna-se mais fácil corresponder às expectativas (Carvalheira, 2003).

Na presença de uma envolvente pessoal, social, cultural e política, a satisfação em Saúde assume-se como emergente nas práticas profissionais e organizacionais.

A avaliação deverá estar integrada no quotidiano do processo de prestação de cuidados, mas não apenas assente nas opiniões que constam no livro de reclamações.

O livro de reclamações poderá ser a referência de base, para a recuperação do Serviço e posteriormente ferramenta para impulsionar as melhorias operacionais (Johnston & Clark, 2002).

Neste capítulo, iremos abordar o conceito de satisfação e a subjectividade que lhe está intrínseca, assim como o conceito de expectativa.

Destacaremos o processo de recuperação de serviço, analisando as opiniões que constam no livro de reclamações do SU do HIP.

1. O MULTICONCEITO DE SATISFAÇÃO

A forma como o cliente reproduz a sua experiência, satisfação ou insatisfação, é o principal requisito para a qualidade do serviço.

A satisfação é o resultado da avaliação de um serviço por um cliente, baseado na comparação das suas percepções com as suas expectativas anteriores (Johnston & Clark, 2002: 122).

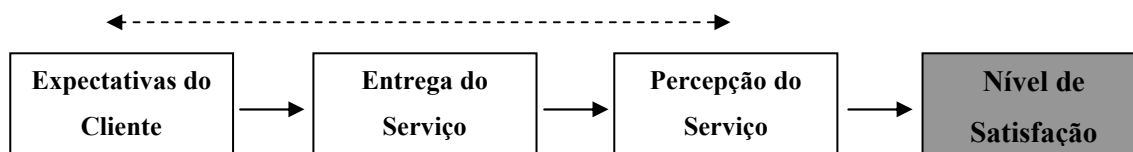
É consensual, a ideia de que é difícil conceptualizar e operacionalizar a satisfação, dada a sua natureza multidimensional. São diversos os aspectos que podem influenciar o grau de satisfação dos clientes: características individuais, experiências prévias, contexto, expectativas, entre outros factores.

O conceito de satisfação não engloba apenas a capacidade para avaliar determinados trabalhos e prestações, mas também reflectem padrões próprios, que dependem das características sociodemográficas de cada indivíduo, assim como das suas expectativas, desejos e valores pessoais. Carr-Hill (1992) refere que a satisfação humana é um conceito complexo que encerra multifactores complexos, tais como estilo de vida, experiências anteriores, expectativas e outros valores pessoais e sociais.

Satisfação surge em função da realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos. Pressupõe elementos individuais afectivos e cognitivos (Paúl *et al.*, 1999).

Para Johnston & Clark (2002) a satisfação é a avaliação que um cliente faz do serviço, comparando as suas expectativas com as percepções experimentadas (Figura 6).

Figura 6: Processo de avaliação da Satisfação¹³
AVALIAÇÃO



Quando a percepção do serviço vai ao encontro das expectativas, então há um nível positivo de Satisfação do serviço. Pode acontecer, que a percepção exceda as expectativas, então neste caso, o cliente pode ficar encantado. Se pelo contrário, as percepções não atendem as expectativas, ocorre a insatisfação.

Os serviços que procuram a satisfação dos seus utentes têm de em primeiro lugar, compreender o que os satisfaz e o que os encanta. A satisfação é algo que pode ser gerido até certo ponto: influenciando percepções e perspectivas. Isto obriga a um conhecimento profundo acerca da caracterização dos utentes de determinado serviço.

1.1. AS EXPECTATIVAS DOS UTENTES

Para Dionísio *et al.* (1995:39) enquanto *as necessidades exprimem algo em termos objectivos, as expectativas situam-se num plano imaginário, concebendo-as de dinamismo*, uma vez que são projectadas no presente para serem satisfeitas (ou não) no futuro. As expectativas são um resultado *de um processo de informação, de conhecimento, de tomada de consciência*.

Relativamente, aos serviços do SNS, os utentes são os seus clientes, sendo que estas organizações necessitam de entender e saber gerir as expectativas, dos que a elas recorrem.

O objectivo de compreender as expectativas dos utentes é ter-se a possibilidade de proporcionar um serviço que atenda essas expectativas, resultando desta forma na satisfação do cliente, isto é, *o grau de ajustamento entre as expectativas de um cliente e as percepções de um serviço* (Johnston & Clark, 2002: 125).

¹³ Fonte: Adaptado de Johnston & Clark (2002).

Perante um problema ou uma necessidade de saúde, os cidadãos depositam a esperança de que os meios humanos e técnicos, das instituições de saúde, resolvam o seu problema. Esta expectativa surge, porque de alguma forma, o utente apreendeu que essa instituição tem capacidade para satisfazer a sua necessidade.

As expectativas podem ser representadas num *continuum*, onde os extremos são o ideal e o intolerável (Johnston & Clark, 2002). Sabe-se que as expectativas não estão situadas num único ponto, mas sim numa zona, em que há maior probabilidade de ocorrer o serviço desejado: zona de tolerância.

Para Johnston (1995: 53), *The importance of the zone of tolerance is that customers may accept variation within a range of performance within this area will only have a marginal effect on perceptions*¹⁴. Ou seja, só quando o desempenho se mover para fora desta faixa, serão observados efeitos reais sobre a percepção do serviço. O autor sugere que a dimensão da zona de tolerância seja inversamente proporcional ao nível do envolvimento e de compromisso de um cliente.

Wirtz e Bateson (1994) fizeram uma experiência acerca do efeito dos atributos halo nos serviços e os dados obtidos mostraram que o efeito do halo é mais forte na insatisfação do que em medidas da satisfação. A força de qualquer efeito halo será mais forte para a insatisfação e será mais fraco na satisfação. Ou seja, os atributos halo usados no marketing para um serviço, criarão expectativas altas no consumidor, havendo maior probabilidade de desconfirmação dessas mesmas expectativas.

Os resultados do estudo, dos autores supracitados, mostraram que os efeitos halo podem contaminar atributos específicos de satisfação. Isto, sugere que se tem que ter cuidado, ao interpretar as medidas de satisfação. Especificamente, destacou-se que os níveis de desempenho observados do atributo de um serviço podem ser obscurecidos por efeitos do halo, e que as interpretações das comparações de desempenhos do atributo através dos serviços podem ser enfraquecidas. O halo negativo ou positivo pode ser usado para indicar a linha da avaliação da satisfação.

Neste sentido, as expectativas estão relacionadas com a cultura, com o nível de conhecimentos e o tipo de informações que cada indivíduo tem.

¹⁴ Tradução: *A importância da zona da tolerância é que os clientes podem aceitar a variação dentro de um intervalo de desempenho. Nesta área terão apenas um efeito marginal nas percepções.*

A percepção, que os utentes têm da sua doença, é uma importante influência na construção das suas expectativas face aos serviços de saúde (Staniszewska & Ahmed, 1999).

Num estudo realizado por Martínez *et al.* (2004), que teve por objectivo conhecer as expectativas dos utentes face ao processo de cuidados, os autores ficaram surpreendidos ao verificarem que a expectativa mais frequente nos utentes cirúrgicos era conhecer o horário da intervenção cirúrgica. Esta expectativa superou a expectativa curativa e a de decisão terapêutica. Ainda surpreendente foi descobrir que os utentes não têm a expectativa de participar nas decisões sobre o tratamento, preferindo delegá-las para os profissionais.

Estes resultados, à priori imprevisíveis, fazem pensar que nem sempre, o que é valorizado pelos profissionais é aquilo que os utentes esperam.

2. A SATISFAÇÃO: IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DE SAÚDE

Arrogando a satisfação como uma dimensão na qualidade dos serviços de saúde, o utente vai mensurar os cuidados recebidos baseando-se nas suas expectativas relativamente ao seu estado de saúde. Face a este paradigma, como é percebida a satisfação nos serviços de saúde? É valorizado conhecer o nível de satisfação individual no contexto do SNS, em que os pressupostos assentam na equidade, gratuidade, igualdade dos serviços?

A satisfação em Saúde é um conceito multidimensional que envolve vários aspectos. É o reflexo de um complexo fenómeno social que (...) *é imbricado pelas expectativas dos doentes, o estado de saúde, o produto dos cuidados de saúde, as experiências no sistema de saúde e as maiores ou menores expectativas relativamente à cura* (Monteiro, 2000: 46).

De acordo com esta definição, podemos conceber a satisfação, como a perspectiva dos utentes pelo cumprimento das suas expectativas e necessidades.

É importante, que o utente se recuse a aceitar a atitude paternalista e se comporte como verdadeiro consumidor, adoptando um papel activo de avaliação e de crítica. No entanto, é de salientar e indo ao encontro de Carvalheira (2003: 25), que mesmo quando o

utente assume este papel, só faz sentido avaliar a satisfação, *se soubermos, com o que podem estar satisfeitos.*

Para Monteiro (2000), a satisfação dos utentes deve ser considerado um objectivo primordial na prestação dos cuidados de saúde. Deve ser considerada como um meio de se alcançar a qualidade do serviço prestado. É um indicador fiável capaz de determinar as áreas que reflectem práticas menos eficazes.

Carvalho (2003: 24) definiu a satisfação do utente como sendo (...) *a atitude assumida pelo mesmo, em consequência de um contacto com os serviços prestadores de cuidados, atitude essa, resultante das suas expectativas, das suas características sociodemográficas, bem como, do grau de conhecimentos, que possui relativamente aos serviços de saúde.*

Quando as expectativas dos utentes não se realizam ou se existir grande diferença entre aquilo que esperavam e os resultados reais, surge o sentimento de insatisfação (Dionísio, 1995; Rutledge *et al.*, 1996). A maioria dos autores baseia o conceito de satisfação do utente, em função das expectativas e na sua (des)confirmação.

Mediante esta breve reflexão, a satisfação pode ser traduzida numa operação matemática, sendo que o resultado é a diferença entre o desempenho esperado e o percebido.

Os estudos acerca da satisfação dos utentes em cuidados de saúde, tendem a focalizar distintas dimensões: desde a relação com os profissionais até à qualidade das instalações, passando pela qualidade técnica dos profissionais de saúde.

Neto *et al.* citando Donabedian (1988: 215), referem que *a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida de qualidade dos cuidados de saúde porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus clientes (que são autoridade última na matéria).*

A avaliação da qualidade, de um serviço, exige informações acerca da satisfação dos utentes. Este factor é um indicador de qualidade tão importante quanto a gestão do serviço de saúde, ou o desenho da instituição (Santos, 1993; Monteiro, 2000).

Monteiro (2000) defende as seguintes razões para ouvir os utentes:

-
- a informação que os utentes referem acerca da qualidade das práticas de cuidados, constitui um excelente recurso de informação;
 - estudos efectuados na área têm revelado que a satisfação dos utentes nos cuidados, condiciona directamente a relação médico-doente, assim como o estado de saúde;
 - os resultados da avaliação da satisfação, são dados importantes do ponto de vista da imagem do hospital na comunidade, num ambiente cada vez mais competitivo.

A procura e a oferta dos serviços de saúde são o resultado da assimetria de informação entre o utilizador e os prestadores do serviço de saúde. Assim, a implantação e a produção destes serviços são indutores da procura e da utilização. No entanto, e na maioria dos casos, é decisão do utente a primeira visita. A satisfação do serviço prestado é condicionante para procuras posteriores (Rodrigues, 1993).

É importante de novo referir, que a satisfação total do consumidor não é necessariamente equivalente à solução do seu problema de saúde.

3. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E O ESTADO DE SAÚDE

Será importante salientar que o estado total de saúde do utente não traduz em rigor a sua satisfação. Quer isto dizer que a satisfação não é equivalente à resolução total do problema do utente. Contudo, existem estudos que confirmam que as pessoas mais saudáveis têm maiores níveis de satisfação (Monteiro, 2000). Este facto sugere que os níveis de satisfação são ondulatórios (evoluem de acordo com o estado de saúde).

É através da avaliação, que há a possibilidade de compreender os desvios entre o previsto e o realizado, identificando as causas e propondo as respectivas recomendações. É aqui que reside a importância e se justifica a Avaliação.

A forma mais comum de avaliar a satisfação é através da compreensão das suas expectativas e das percepções dos cuidados de saúde (Esperidiao & Trad, 2005).

3.1 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO

A própria organização governamental fomenta meios de avaliação da satisfação dos utentes, como por exemplo, a obrigatoriedade do livro de reclamações.

Apontam-se as seguintes razões para implementar mecanismos de monitorização da satisfação dos utentes:

- os utentes questionam cada vez mais o desempenho da organização e dos profissionais de saúde;
- é essencial enquanto motor de adesão ao tratamento prescrito;
- a satisfação do utente para incremento do mercado e para a fidelização de utentes;
- importante área de investigação, considerada fundamental na organização de novos serviços.

Estas razões são algumas que justificam a necessidade de incentivar a participação dos utentes, responsabilizando-os pela gestão da sua saúde, e exercendo um papel primordial na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

O sistema IAQH (Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar) estudado por vários autores, e que compreende as seguintes dimensões: cuidados médicos, cuidados de enfermagem, informação, alta clínica e vontade de recomendar ou voltar ao hospital; permitiu concluir que os níveis de satisfação obedecem a várias características individuais e sociais. Por exemplo, Finkelstein (1998) citado por Monteiro, percebeu que os utentes mais velhos, caucasianos, solteiros e com melhor estado de saúde tendem a fazerem uma avaliação mais positiva do nível de satisfação. Por outro lado, Engstrom (1998) citado por Monteiro concluiu que os utentes de média idade apresentam um grau de satisfação menos elevado.

A avaliação é um processo contínuo, sistemático e estruturado de análise de recursos e resultados, que de acordo com os objectivos fixados e utilizando critérios rigorosos, que tendo em conta as falhas detectadas, deverá contribuir para determinadas mudanças e ou correcções. Segundo Carvalho (1998), trata-se de um conceito orientado para a acção com uma forte dimensão prática, com uma função de apoio à tomada de

decisão e não exclusivamente de âmbito metodológico ou de carácter de inspecção ou de fiscalização.

Isto quer dizer, que inerente a qualquer processo de avaliação, deverão estar presentes: os fins estabelecidos, os meios utilizados, os resultados alcançados, a identificação dos pontos críticos e as propostas das acções de mudança.

Existe uma panóplia de métodos e técnicas de avaliação, constituindo um amplo campo de investigação e assumindo, simultaneamente um importante requisito para os mais diversos domínios. Ao conceber-se uma avaliação tem de se ter em conta o seu objectivo e o contexto em que se insere.

Devido à sua multidisciplinaridade de actuação, não existe um modelo, técnica ou método suficientemente flexível que abarque qualquer processo de avaliação. Para Carvalho (1998), esta característica agrava nos serviços públicos, no que diz respeito:

- ao sistema de finalidades e valores;
- à envolvente externa;
- à envolvente interna e modo de funcionamento;
- aos seus recursos;
- à natureza da actividade;
- ao processo de avaliar a qualidade;
- à medição de resultados.

Para Bilhim (1998), os modelos e técnicas de avaliação que permitem a integração da visão dos utentes, está a ganhar grande atenção, dentro da Administração Pública. Para o autor este tipo de avaliação deve também ter em conta o grau de satisfação dos funcionários.

Frequentemente, nos serviços a opinião dos funcionários não é tida em conta, em relação à avaliação da satisfação do serviço prestado. No entanto, há vários estudos (citados por Johnston & Clark, 2002) que enfatizam a necessidade de ouvir os profissionais. Os serviços que não o fazem promovem funcionários com sentimento de incapacidade, induzindo a comportamentos passivos e inadequados. Os profissionais são excelentes fornecedores de informação e identificadores de falhas no serviço e permitem perceber lacunas que de outra forma, seriam vistas como ocorrências isoladas.

A necessidade de avaliação de serviços nasceu na sua dimensão cognitiva, enquanto processo de apreensão de realidades sociais e dos resultados alcançados após as intervenções. No cerne deste processo estão as disciplinas da economia e da sociologia, e só mais tarde o aparelho burocrático (Alexandre, 1998).

Esta prática gerou em muitos a expectativa de melhorias nos serviços. Contudo, os seus benefícios ficam muitas vezes pelo plano conceptual.

O seu contributo é observável a longo prazo, em aspectos de sensibilização de pessoas/ grupos e influência na organização futura de programas e políticas.

Alexandre (1998) refere as seguintes preocupações da avaliação:

- medir e recomendar mudanças nas organizações;
- ajudar os serviços a implementar sistemas de monitorização, através da utilização de indicadores;
- identificar factores críticos de sucesso;
- introduzir medidas de forma a combater a rigidez burocrática;
- acompanhar a implementação de projectos;
- analisar a interacção e cooperação existente entre diversas organizações;
- analisar a forma como os programas são percebidos pela população-alvo e propor mecanismos que lhes dêem voz activa.

A avaliação é uma resposta à racionalização das intervenções públicas e com as suas repercussões na sociedade.

Este processo aplicado ao sector público caracteriza-se muitas vezes por não revelar questões de qualidade relacionadas com a perspectiva dos utentes dos serviços alvo. Contrariamente, no sector privado, onde há uma sobrevalorização constante da opinião dos clientes, podendo assim, garantir uma maior aproximação às suas expectativas.

Em Portugal, não se pode afirmar que exista uma cultura de avaliação de serviços públicos. Os processos levados a curso são maioritariamente académicos. Os de origem governamental, têm tendência a ser arrumados, sem se presenciarem, as mudanças, propostas no processo. Verifica-se assim um gasto de tempo e de recursos, sem que daí advenham as melhoras esperadas.

Apesar de nos últimos anos, já se ter vindo a assistir a algumas iniciativas com algum êxito, não seria de se tornar extensivas, visando um melhor conhecimento das actividades?

A avaliação de serviços públicos é um contributo notável para a contínua melhoria da qualidade dos serviços, responsabilizando também os órgãos de gestão.

Em síntese a avaliação de serviços (...) *deverá actuar como meio de garantir a salvaguarda dos legítimos direitos dos cidadãos bem como da satisfação das suas necessidades e expectativas* (Carvalho, 1998: 193).

Uma das críticas mais frequentes, relativas à avaliação do grau de satisfação dos utentes dos serviços de saúde, incide sobre a subjectividade do conceito de satisfação, que possui determinantes bastante heterogéneas e de cariz individual, tais como: grau de expectativa, exigências pessoais de atendimento e características individuais (idades, género, classe social e estado psicológico).

O grau da expectativa é bastante complexo, uma vez que os utentes podem ter aprendido a diminuir as suas expectativas quanto aos serviços, determinando assim uma boa avaliação do serviço. Por outro lado, pode suceder o contrário, encontrar-se uma avaliação baixa, devido aos utentes possuírem uma grande capacidade crítica – fruto do alto grau de exigência (Vaitsman e Andrade, 2005).

Outra crítica apontada, é a ausência de efeitos práticos das avaliações. Ou seja, após as avaliações, observam-se melhorias na qualidade dos cuidados prestados?

Para Johnston & Clark (2002), o que os utentes mais contestam não é tanto a sua insatisfação, mas sim o seu sentimento de menosprezo, ao verificarem que nada foi modificado.

3.2. RECUPERAÇÃO DE SERVIÇO

A técnica mais simples para avaliar a satisfação dos utentes é analisar as queixas/reclamações dos utentes (por exemplo no livro de reclamações, caixa de sugestões,

gabinete do utente). Outra forma simples, é medir a taxa de deserção. Este indicador de insatisfação reflecte maioritariamente, a perda de confiança no serviço (Carvalheira, 2003).

O primeiro indicador mencionado refere-se à apresentação de queixas informal e formal. A análise destas queixas é muito importante para determinar falhas no serviço. Este processo é denominado por “Recuperação do serviço”. Para Johnston & Clark (2002), este conceito abrange todo o processo de encontrar falhas reais e potenciais, e de as corrigir, promovendo assim melhorias nos processos operacionais.

Infelizmente, a maioria dos clientes insatisfeitos não reclama. A percentagem está directamente relacionada com o tipo de serviços, com o tipo de pessoa envolvida e com o grau de insatisfação. No entanto, vários estudos revelam que nos últimos anos houve um aumento significativo do número de reclamações.

Johnston & Clark (2002) enumeram algumas razões para este acréscimo:

- diminuição da qualidade dos serviços;
- a qualidade do serviço diminui, à medida que os clientes se tornam mais conscienciosos em relação ao serviço e menos tolerantes à má qualidade;
- crescimento dos movimentos de consumidores e de iniciativas governamentais que alertam os clientes para os seus direitos.

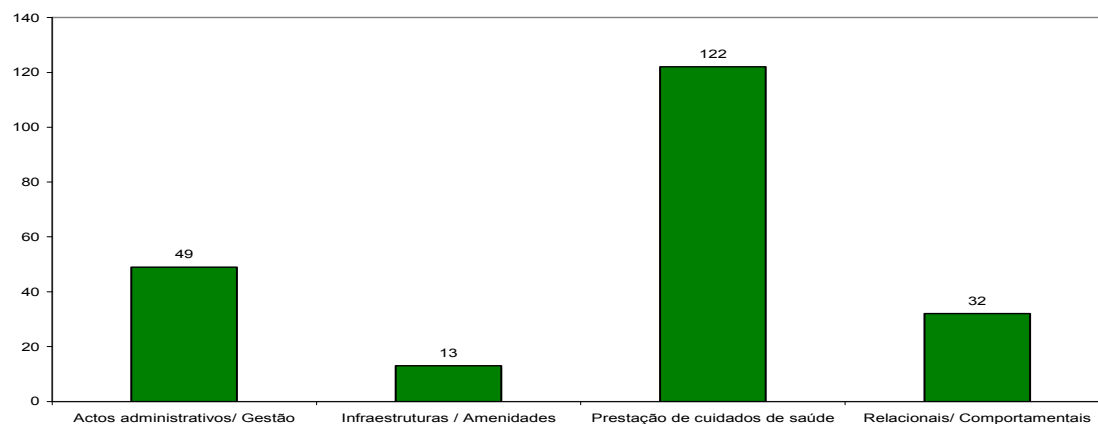
Além destes factores, consideramos que a comunicação social tem tido um contributo bastante significativo neste âmbito, despertando os portugueses para situações, que até há poucos anos, eram desvalorizadas ou ignoradas. (...) *a mediatização crescente das temáticas relacionadas com a saúde, numa área em que as relações dos utentes com os profissionais de saúde são marcadas pela proximidade e emotividade* (Ministério da Saúde, 2007: 3).

O hospital em estudo é o reflexo deste acréscimo do número de reclamações.

De acordo com o serviço de Informação do HIP, relativamente ao SU, nos primeiros seis meses de 2008, verificaram-se 213 reclamações; um utente deixou uma sugestão e apenas houve um elogio.

No que se refere à tipologia das reclamações, os dados demonstram, que o problema que mais reclamações motivou, foi a “Prestação de Cuidados”, como podemos verificar pelo Gráfico 1.

Gráfico 1: Categorização das reclamações do SU do HIP, no período de 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2008¹⁵.



No âmbito do problema *Prestação de cuidados*, contribuiu para esta elevada taxa, o *Tempo de Espera para os Cuidados* (Quadro 8).

Quadro 8: Número de reclamações referentes à *Prestação de cuidados*, no SU do HIP¹⁶

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	Número de reclamações
Cuidados desadequados	17
Doente sem cuidados	5
Tempo de espera para cuidados	100
Total	122

Face ao problema *Actos Administrativos/ Gestão*, o problema *Procedimentos* abarca o maior número de reclamações (Quadro 9).

¹⁵ Fonte: Serviço de Informação do HIP.

¹⁶ Fonte: Idem.

Quadro 9: Número de reclamações referentes aos *Actos Administrativos/ Gestão*, no SU do HIP¹⁷.

ACTOS ADMINISTRATIVOS / GESTÃO	Número de reclamações
Leis/ Regras/ Normas	16
Procedimentos	21
Sistema de Informação	12
Total	49

O problema das *Infraestruturas/ Amenidades* foi alvo de 13 reclamações, 8 das quais relativas aos *Cuidados hoteleiros* (Quadro 10).

Quadro 10: Número de reclamações referentes às *Infraestruturas/ Amenidades*, no SU do HIP¹⁸.

INFRAESTRUTURAS/ AMENIDADES	Número de reclamações
Cuidados hoteleiros	8
Instalações e Equipamentos	5
Total	13

As reclamações *Relacionais/ comportamentais*, referem-se exclusivamente ao problema do *Atendimento* (Quadro 11).

¹⁷ Fonte: Serviço de Informação do HIP.

¹⁸ Fonte: Serviço de Informação do HIP.

Quadro 11: Número de reclamações *Relacionais/ comportamentais*, no SU do HIP¹⁹.

RELACIONAIS/ COMPORTAMENTAIS	Número de reclamações
Atendimento	32

Estes dados são contributos bastante significativos na construção da identidade do SU. Para os gestores são importantes pistas para a avaliação e recuperação da qualidade do serviço.

Todas as reclamações/ opiniões que constam no livro de reclamações do SU do HIP, são respondidas através de cartas formais.

Quando as reclamações envolvem profissionais, estes são inquiridos formalmente a explicar a situação que despoletou a queixa. Esta resposta é dada por escrito.

Os utentes têm um meio relevante e facilitador para fazer ouvir a sua voz.

¹⁹ Fonte: Serviço de Informação do HIP.

Parte II

**A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE NO SERVIÇO DE
URGÊNCIA: PERSPECTIVAS DOS UTENTES E DOS
PRESTADORES DE CUIDADOS**

Capítulo I

A INVESTIGAÇÃO

Após a elaboração do marco teórico relativo à temática em estudo, torna-se imperativo definir e planear a investigação.

A investigação visa conhecer a realidade, compreender melhor o universo. Faz-se investigação por curiosidade ou por interesse, para alcançar a felicidade hoje, ou prever o futuro. Como refere Gauthier *et al.* (2003), o saber não é inato: todo o conhecimento se adquire.

O conhecimento adquire-se de muitas maneiras, mas *de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional* (Fortin, 1999:17).

A investigação revela-se cada vez mais como essencial, para o desenvolvimento da ciência em geral. Assim, enquanto geradora de conhecimento sistematizado e organizado, confere uma base sólida para a criação, actualização e divulgação do conhecimento.

A investigação *é um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões*, ou seja, encerra um conjunto de etapas sistematizadas, que conduzem ao conhecimento (Fortin, 1999: 16). A este processo chamamos método ou metodologia.

Este capítulo é constituído pela construção da problemática e finalidade do estudo, onde consta o desenho de investigação; metodologia, instrumento utilizado, colheita de dados e análise de dados.

1 – DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA: QUESTÃO E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

É consensual a ideia de que a satisfação é difícil de operacionalizar, dada a sua natureza multidimensional. São múltiplos os factores que podem influenciar o grau de satisfação dos sujeitos.

Quando falamos em serviços de saúde, ainda acresce esta problemática, pelas características intrínsecas dos clientes, assim como todo o cenário e os actores envolvidos.

Neste contexto, operam profissionais que centralizam as práticas no seu produto, os cuidados de saúde. Todas as acções desenvolvidas convergem no atendimento e tratamento do utente, com o objectivo da cura e da promoção da qualidade de vida. Estes profissionais têm um papel preponderante na recuperação do utente mas também na avaliação que este faz do SU.

Em simultâneo, existe uma relação de assimetria entre os prestadores de cuidados e o utente, onde os primeiros detêm os conhecimentos e avaliam os cuidados de saúde, de acordo com este conhecimento. Os segundos avaliam os cuidados de saúde, dando ênfase à observação e às emoções.

Vários autores consultados, referem que existem pontos de desencontro entre as avaliações dos utentes e as avaliações dos profissionais de saúde, relativamente aos factores de qualidade dos serviços, correspondendo muitas vezes às dissonâncias do serviço.

O presente estudo encontra os seus alicerces nestas fundamentações e é a partir delas que surge a questão de investigação: Qual a percepção da qualidade do SU do HIP, na perspectiva dos utentes e dos profissionais?

Após delimitar a questão de investigação, considerámos importante definir claramente os objectivos que pretendíamos atingir. Neste sentido, o principal objectivo inerente à realização deste estudo é “Avaliar a qualidade do SU do HIP: a percepção do utente e do profissional de saúde.”

Tendo como linha orientadora o objectivo principal supracitado, foram reconhecidos outros objectivos, nomeadamente:

-
- Caracterizar o funcionamento e organização interna do SU do HIP;
 - Perceber as fontes de satisfação dos utentes;
 - Compreender as visões dos profissionais, face à qualidade do SU;
 - Definir os aspectos mais fortes e os mais fracos na qualidade do SU;
 - Identificar os principais pontos de encontro/ desencontro entre os profissionais e os utentes;
 - Sugerir reformas estruturais de melhoria da qualidade percebida.

Pretende-se que este estudo de caso, seja um contributo, para a detecção de possíveis lacunas dentro da organização do SU, permitindo aos gestores actuar nos pontos-chave.

2 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

As diferentes perspectivas do conhecimento, tanto ao nível individual como social, implicam diferentes métodos de investigação. Assim, *Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação* (Fortin, 1999: 22).

O conceito de metodologia envolve a descrição e análise de procedimentos e técnicas específicas para a investigação, assim como para os seus limites e os fins intrínsecos à sua aplicação (Gil, 1995).

A metodologia do estudo é a premissa basilar da investigação, onde assentam pressupostos críticos e conceptuais, que irão permitir, aos investigadores, adquirir novos saberes.

Um aspecto indispensável em qualquer pesquisa científica é o método de investigação que se vai utilizar. Uma das considerações mais sólidas sobre a importância da metodologia é a de Fortin (1999), ao referir que a fase metodológica é aquela que operacionaliza o estudo, precisando o tipo de investigação, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.

O método de investigação escolhido foi o método qualitativo uma vez, que visa a *compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo* permitindo-nos observar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como se apresenta, sem o controlar. Mais do que avaliar, esta abordagem de investigação, utilizada para o desenvolvimento de conhecimentos, pretende descrever ou interpretar (Fortin, 1999:22; Carpenter e Streubert, 2002).

Considerámos a metodologia qualitativa, porque pretendíamos estudar um fenómeno com elevada subjectividade, que abrange vivências e sentimentos pessoais e sociais, que ficariam mascarados num inquérito ou numa escala. Por outro lado, realçamos autores que consideram que o uso de métodos quantitativos para a realização deste tipo de estudo, resulta em números que não podem dimensionar experiências de natureza emocional e relacional (Cabral *et al.*, 2002; Paúl, 1999; Pego, 1998).

Relativamente ao nível de análise, este estudo caracteriza-se como sendo do tipo descritivo, mais especificamente um estudo de caso. É descritivo, porque tem como objectivo observar, descrever e documentar os aspectos individuais face à qualidade percebida por utentes e profissionais, relativamente ao SU do HIP.

Os investigadores que optam por metodologias qualitativas procuram descrever e compreender casos particulares, para de seguida, formular teorias mais gerais a partir da comparação entre vários casos. O estudo de caso é um modo de investigação, em que o investigador está pessoalmente implicado na pesquisa, abordando o campo de investigação a partir do seu interior, pressupondo uma participação activa e uma análise profunda do tipo introspectivo. (Lessard-Hérbert *et al.*, 1990).

Estes pressupostos justificam, em parte, a nossa opção pelo estudo de caso, enquanto modo de investigação que orienta a realização deste trabalho.

Esta abordagem é frequentemente criticada no plano da sua validade e do seu rigor científico. Contudo, existem referências que asseguram o seu valor e a sua pertinência em várias situações. Relativamente à sua validade interna, ela é assegurada pela intensidade da sua análise do fenómeno, pelas suas múltiplas observações, pela simetria dos comportamentos tipo, pela construção das explicações e, em certos casos, pela triangulação das fontes de dados (Yin, 1994). Quanto à validade externa referente à generalização dos resultados: no estudo de caso, esta generalização não se pode fazer para toda uma

população mas para um caso ou vários casos subsequentes. Os resultados do estudo de caso em causa poderão servir para a interpretação e para a aplicação de princípios genéricos em casos semelhantes (Meier e Pugh, 1986). Uma das vantagens do estudo de caso é a informação detalhada que se obtém sobre um fenómeno novo, tal como a análise completa que permite extrair ideias, ligações entre variáveis e verificar hipóteses.

Para Bogdan e Biklen, (1994), o estudo de caso consiste na observação pormenorizada de um contexto, o que nesta situação em concreto, é particularmente facilitado, dado que estamos perante o estudo em profundidade de um serviço hospitalar com características bem conhecidas, pelas investigadoras deste estudo, uma vez que constitui o local de trabalho de uma delas.

Por sua vez Yin (2003) refere determinadas situações em que podemos recorrer à utilização do método de estudo de caso, condições estas que nos parecem estar reunidas na nossa investigação:

- explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas por sondagens ou por estratégias experimentais;
- descrever o contexto da vida real no qual ocorrem intervenções.

3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os métodos qualitativos conferem uma grande importância ao saber e à experiência das pessoas seleccionadas para o estudo. Rousseau e Saillant (1999) e Fortin (1999) aconselham que neste tipo de estudo não devem ser utilizadas grandes amostras, tornando-se assim pertinente ter uma amostra não probabilística, mas apropriada, onde são incluídas pessoas susceptíveis de fornecer dados válidos e completos.

No sentido de definirmos a população e a amostra que pretendíamos estudar, realizamos uma prévia reflexão, na qual tivemos em conta não só a problemática em análise, mas os próprios objectivos e finalidades da investigação.

Com base na definição de Fortin (1999) e tendo em consideração os nossos objectivos para a concretização deste trabalho, escolhemos uma população constituída por dois grupos:

- **Grupo 1** - utentes do SU do HIP;
- **Grupo 2** - profissionais de saúde, que exerçam funções no SU do HIP.

O mais importante, na selecção dos participantes, foi que obedecessem aos critérios de inclusão e que fossem capazes de falar livremente das suas percepções face à qualidade do SU.

Grupo 1: Utentes do SU do HIP

Os critérios de inclusão foram que os utentes:

- tivessem idade compreendida entre os 18 anos e os 65 anos;
- tenham recorrido ao SU do HIP, durante o primeiro semestre de 2008, mais do que três vezes (inclusive).

Para obter a nossa população pedimos ao serviço de estatística do HIP, o número total de entradas (atendimentos), que o SU teve durante o primeiro semestre de 2008. Foi-nos fornecida a lista com um total de 46063 atendimentos. A partir daqui filtramos os dados pretendidos, considerando apenas os utentes que recorreram ao SU mais do que três vezes (inclusive). Obtivemos uma população constituída por 1976 utentes.

O número de sujeitos a considerar para compor a nossa amostra foi um aspecto que suscitou muitas interrogações. Considerámos a fidelidade das estimativas relativas à população, a técnica de amostragem, assim como os respectivos custos. Para calcular o tamanho da amostra avaliámos um conjunto de factores, em relação aos resultados previstos do estudo e a generalização que desejávamos realizar.

Foi constituída uma amostra aleatória por quotas.

Foram realizadas 34 tentativas de contacto telefónico. Dos contactos efectuados nem todos foram concretizados pelas seguintes razões:

- utentes que não atenderam (6);
- utentes que não podiam responder devido a problemas de saúde (doentes acamados e doentes do foro psiquiátrico ou com demências) (4);
- contactos que não pertenciam ao utente, mas sim a familiares/amigos (8);
- utentes que se recusaram a responder (4);
- utentes falecidos (2).

Grupo 2: profissionais de saúde

Os critérios de inclusão foram que os profissionais:

- fossem médicos ou enfermeiros;
- que trabalhem no SU do HIP há mais de dois anos;
- acumulem funções de gestão no SU do HIP.

Para Pires (2000) a palavra qualidade encontra-se associada à gestão do serviço. Na mesma linha de pensamento, Melo (2005: 3) usa a hipérbole para descrever os cuidados de saúde *Mais vale um bom gestor do que um bom prestador*. O autor enfatizou a importância da gestão e do gestor nos serviços de saúde.

Entendemos que os autores supracitados reflectem a organização dos serviços de saúde em Portugal. São os gestores que têm poder para conceber o desenho das estruturas organizacionais, podendo ou não obter ganhos qualitativos. É com base nestas premissas que justificamos, a nossa opção por entrevistar profissionais de saúde com cargos de gestão no SU do HIP.

Por outro lado, apenas os médicos e os enfermeiros acumulam funções de gestão.

Carpenter e Streubert (2002: 25) indicam que na investigação qualitativa, *não existe necessidade de recorrer a amostragem, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção da pesquisa*, o mais importante é a riqueza da informação obtida.

Inevitavelmente, fomos conduzidos a uma selecção intencional dos participantes do Grupo 2, uma vez que o SU do HIP é uma organização que conhecemos muito bem, tanto a dinâmica como os profissionais de saúde.

Pelo facto, de sabermos exactamente quem eram os actores da nossa pesquisa, optámos por o método de amostragem não probabilística: amostragem intencional. Patton (1990) considera que, para os estudos qualitativos, o número de participantes depende do que se procura, como os dados serão usados e que recursos estão disponíveis para efectuar o estudo. Ao optarmos por uma amostra intencional, seleccionámos os sujeitos que compreendemos que nos dariam uma informação mais rica, possibilitando o estudo em profundidade.

Deste modo, os sujeitos seleccionados que constituíram a amostra, foram médicos e enfermeiros com cargos de gestão, nomeadamente o enfermeiro chefe, o enfermeiro especialista, o director clínico, o vice-director clínico e um chefe de equipa.

A equipa de “chefes de equipa” é rotativa, ou seja, a cada turno de 12h entra em funções um novo chefe de equipa. Este profissional é sempre um médico com especialidade (cirurgia geral ou medicina interna). Para seleccionarmos este participante, utilizámos o critério quantitativo: o médico, que mais vezes, esteve escalado para chefe de equipa, no primeiro semestre de 2008.

Tivemos em consideração Seidman (1998), na decisão do número de elementos que iríamos entrevistar, ou seja, avaliamos os recursos e tempo disponíveis e o estudo que se pretendíamos realizar

Esta amostra foi bastante favorável, uma vez que todos os elementos demonstraram grande disponibilidade em participar e por outro lado, dadas as suas funções de gestão, têm todo o interesse em saber qual o nível de qualidade do seu serviço e como o podem melhorar.

4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A colheita de dados é um procedimento importante, pois é através dela que iremos obter a informação necessária, para respondermos às questões de investigação e tirarmos conclusões sobre o estudo.

Para recolher a informação pretendida, é necessário efectivar a construção do instrumento de colheita de dados, que torne exequível este objectivo. Trata-se de escolher entre uma diversidade de alternativas, aquela que melhor se adequa às finalidades do estudo e às suas características.

Os principais métodos de colheita de dados são, por um lado medidas objectivas, que não deixam lugar a qualquer dúvida e, por outro lado, medidas subjectivas (semi-entrevista, observação, escala). A técnica escolhida, para a colheita de dados, tentou não perder de vista o objectivo do trabalho, optando-se pela entrevista.

Resolvemos escolher a entrevista como instrumento de colheita de dados necessários para o trabalho. Segundo Bogdan & Biklen (1999) este processo consiste numa conversa intencional entre duas pessoas, dirigida por uma delas, com o objectivo do investigador, obter informações, permitindo-lhe desenvolver ideias sobre a maneira como o outro interpreta vários aspectos, sendo esses dados descritos na linguagem do próprio.

Enquanto técnica de colheita de dados, julgámos ser a mais adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes. A entrevista é uma técnica de observação directa intensiva. (Gil, 1991; Lakatos e Marconi, 2001).

A escolha deste método também teve por base Pego (1998: 7), em que a autora, após ter aplicado questionários no seu trabalho acerca da avaliação da qualidade do serviço de urgência, fica renitente com os resultados encontrados. Uma vez, que os utentes apresentavam-se globalmente satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados, quando pontuaram os vários itens do instrumento de medida, contudo quando lhes foi dada a oportunidade de se expressarem livremente, a autora foi confrontada *com um grande número de respostas críticas, algumas mesmo contundentes, sugestivas de um elevado grau de insatisfação por parte dos utentes em relação a vários aspectos*.

A nossa escolha recaiu mais especificamente na entrevista semi-estruturada. Pareceu-nos o mais apropriado, dado que pretendíamos recolher narrativas, com vista ao estudo das suas opiniões, representações e perspectivas, mas de uma forma estruturada permitindo-nos responder mais especificamente à nossa questão de investigação. Neste tipo de entrevista, o entrevistador apresenta uma lista de temas relativos à investigação, elabora questões a partir desses temas, coloca-as ao entrevistado de forma ordenada. O principal objectivo é que no final da entrevista todos os temas tenham sido abordados (Fortin, 1999).

Neste sentido, elaborámos o guião da entrevista (Anexo 1), de onde constam os blocos temáticos a abordar, tendo como referência a questão de investigação.

Tendo por base a finalidade do estudo, e no sentido de procurar resposta para a questão de investigação, considerámos relevante abordar seis blocos temáticos, apresentados no Quadro 12, procurando objectivar um pouco mais a pesquisa, face a

domínios específicos. Para compreendermos as dinâmicas, nas principais dimensões da satisfação dos utentes, devem ser interpretadas separadamente, porque só desta forma, compreendemos as fontes de satisfação e de insatisfação.

Quadro 12: Blocos temáticos em estudo

BLOCOS TEMÁTICOS	DOMÍNIOS
TEMPO DE ESPERA	▪ Tempos de espera
CONFORTO	▪ Estrutura física;
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	▪ Enfermeiros; ▪ Médicos.
LIMPEZA/ ATRATIVIDADE	▪ Componentes tangíveis.
CONFIABILIDADE	▪ Lealdade.
QUALIFICAÇÃO	▪ Qualidade global.
O CONTEXTO	▪ Reorganização do contexto

As questões não foram as mesmas para ambos os grupos. Retiramos uma pergunta (Q. 6.3 – “*Ponderando as vantagens e desvantagens considera que o modelo, globalmente, é adequado à realidade e será para manter?*”) que considerámos ter elevado teor técnico e profundo conhecimento da organização.

Por outro lado, enquanto que no grupo 2 obedecemos à linguística do guião da entrevista, para o grupo 1 tivemos de adaptar alguns termos, como por exemplo, quando nos referimos a exames complementares de diagnóstico, utilizámos os termos “análises clínicas”, “RX” ou “ecografia”.

Através das entrevistas realizadas, procurámos que os participantes exprimissem e descrevessem livremente a sua vivência no SU do HIP, face à qualidade dos cuidados de saúde.

Todos os estudos desenvolvidos em instituições pressupõem a tomada de alguns procedimentos. Para Polit e Hungler (1995), a utilização de indivíduos como sujeitos de uma investigação, exige que o desenvolvimento do mesmo, se faça por uma rigorosa

conduta ética, que respeite os princípios da beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça.

De acordo, com os autores supracitados, foi feito um pedido de consulta dos processos dos utentes e para autorização da aplicação da colheita de dados (Anexo 2).

As entrevistas demoraram entre quinze a quarenta e cinco minutos, e, previamente, fizemos a sua legitimação onde constou:

- Informação sobre o projecto de investigação, em termos gerais;
- Pedido de colaboração;
- Segurança de confidencialidade das informações prestadas;
- Solicitação da autorização para a gravação da entrevista, assegurando que a mesma será destruída após a transcrição dos dados.

Grupo 1

As entrevistas foram realizadas telefonicamente. A opção por este tipo de entrevistas em detrimento de outras técnicas de entrevista, teve essencialmente a ver com a elevada percentagem de população que tem telefone e a possibilidade de inquirir mais facilmente os utentes, de uma forma menos dispendiosa do que as entrevistas pessoais (Wagstaff, 2000).

Avaliar a satisfação com os Serviços de Urgência não é tarefa fácil.

Para Paúl *et al.* (1999), as avaliações realizadas pelos profissionais dos próprios serviços, esbarram sistematicamente com a desconfiança e o medo dos utentes. Desconfiam das intenções dos profissionais, e interdizem avaliações negativas, imaginando represálias no tratamento que podem vir a necessitar. Assim, os utentes assumem papéis de “bom doente”, submisso e simpático. Estes inquéritos, feitos por pessoas pertencentes à instituição, reflectem resultados falseados pelo medo, real ou imaginário, de retaliações dos detentores do poder.

Por este facto, optámos por, durante a apresentação omitir que a investigadora, prestava funções como enfermeira, no SU. A apresentação baseava-se em referir o nome da investigadora, e pedir a colaboração para um trabalho académico, sobre a avaliação da qualidade do serviço de urgência. Por último, reforçávamos a importância da participação

neste estudo, garantindo independência no tratamento da informação, em relação à entidade prestadora de cuidados.

As entrevistas foram efectuadas entre, as dezasseis e as vinte horas, de segunda a sexta, durante o mês de Janeiro de 2009.

Assegurámos o anonimato, garantindo, como defende Gasquet (2000), opiniões livres e objectivas acerca das suas posições.

Grupo 2

As entrevistas decorreram em salas do SU do HIP, durante o mês de Dezembro de 2008. Iniciaram-se pela nossa apresentação, através de uma conversa informal onde se procurou proporcionar um ambiente calmo e sossegado.

No decorrer da entrevista, os profissionais, tiveram liberdade em expressar-se, obtendo *feed-back*, através de expressões indicadoras de atenção e disponibilidade. Interrupções da nossa parte, apenas ocorreram, para ajudar os entrevistados a reorganizar os seus pensamentos, dirigindo-se para o objectivo do estudo.

Após a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição das mesmas, através da audição integral de cada uma. Posteriormente, iniciou-se o processo de análise de conteúdo.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Carpenter e Streubert (2002: 32) afirmam que a análise de dados começa quando a colheita de dados se inicia. Isto porque, *à medida que os investigadores executam as entrevistas (...) mantêm e revêem constantemente os registos para descobrir perguntas adicionais que necessitam fazer ou para apresentar descrições dos seus achados*. Contudo, para além desta primeira análise, no fim de realizadas todas as entrevistas, ocorre um

período de vivência em comum com os dados, em que o investigador questiona conclusões prévias, de forma a esclarecer o que descobriram no contexto do todo.

A análise de conteúdo oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (Quivy e Campenhoudt, 1992: 224) e permite fazer inferências pela identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem (Ghiglione e Matalon, 1993: 202).

De entre os vários tipos de análise de conteúdo, seleccionou-se a análise temática, pois esta permite *revelar as representações sociais ou os juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso* (Quivy e Campenhoudt, 1992: 226). Com base em Ghiglione e Matalon (1993: 233), esta técnica consiste *em isolar os temas presentes num texto, com o objectivo de, por um lado, o reduzir a proporções utilizáveis e, por outro lado, permitir a sua comparação com outros textos tratados da mesma maneira.*

De acordo com Albarello (1997: 123), nos diferentes momentos da execução da análise qualitativa, *articulam-se três actividades: redução dos dados, apresentação/ organização dos dados e interpretação/ validação dos resultados.*

As entrevistas foram transcritas de forma precisa, com o sentido de que isso nos permitiria ter um conhecimento exacto do seu conteúdo.

Os entrevistados, foram identificados com letras maiúsculas, para que ficassem devidamente identificados na grelha de análise de conteúdo:

- Grupo 1: **UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ;**
- Grupo 2: **PA, PB, PC, PD, PU.**

Terminada a transcrição das entrevistas, confrontámo-nos com o corpus constituído pelas narrativas de todos os entrevistados (Anexo 3).

A análise de conteúdo consiste na técnica para fazer inferências, pela identificação sistemática e objectiva das características específicas de uma mensagem, e que possibilita o tratamento de forma metódica, de informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade (Ghiglione & Matalon, 1993; Quivy e Campenhoudt, 1992).

A análise das nossas entrevistas foi executada em três partes distintas:

- redução do material obtido: seleccionámos o que era pertinente para a compreensão da qualidade do SU do HIP;
- organização dos dados: através de um sistema de codificação no qual os dados brutos, foram transformados e agregados em unidades, que permitiram uma descrição exacta das características relevantes do conteúdo;
- definição de categorias de codificação: obtivemos palavras e frases representativas dos temas a definir, com o fim de classificar os dados descritivos recolhidos.

Neste sentido, o corpus da nossa análise é constituído pelo conjunto das narrativas dos entrevistados.

Nesta fase, optámos por uma leitura integral, repetida e cuidada das narrativas com o objectivo de colocar o discurso dos narradores, mais compreensível e acessível, conservando essencialmente a informação pertinente. Isto pressupõe, que esta intervenção fosse baseada nos objectivos da investigação e no nosso quadro conceptual. Com este processo obtivemos um resumo das narrativas, permitindo-nos uma análise para a definição de categorias (Ghiglione e Matalon, 1993).

Consequentemente, dividimos o corpus pelos blocos temáticos, de modo a facilitar a organização dos dados, para posteriormente, iniciar a categorização.

A categorização visa a redução da complexidade, a estabilização, a identificação, a ordenação e atribuição de um sentido. Para Vala (2003), a categoria é habitualmente composta por um termo-chave, que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o seu campo semântico.

A partir dos procedimentos de análise e interpretação da informação, elaborámos grelhas de análise (Anexo 4), onde constam os diferentes domínios e respectivas categorias identificadas. Nestas grelhas encontramos as unidades de registo, ou seja, fracções das narrativas, que identificámos e que se aplicam às várias categorias (Vala, 2003).

Nas grelhas de análise, constam os domínios, as categorias e as unidades de registo correspondentes, identificadas com a sinalética relativa ao entrevistado.

Para finalizar, a última e mais importante fase do tratamento dos dados é a interpretação dos resultados e as respectivas conclusões, para a real compreensão da realidade em estudo.

Capítulo II

PERCEPÇÃO DA REALIDADE EM ESTUDO:

A ANÁLISE DOS DADOS

O presente estudo de caso está centrado no tema “A qualidade do Serviço de Urgência: perspectivas dos utentes e dos profissionais”, e é neste contexto que assentam os seus alicerces. Pretende-se, com esta investigação, contribuir para a definição de uma política de melhoria da qualidade dos cuidados no SU.

A metodologia utilizada procurou colocar em evidência as narrativas dos entrevistados, relativamente aos domínios do estudo, possibilitando a compreensão das suas representações, sobre a qualidade dos cuidados e os seus referenciais psico-sociais.

As unidades de registo são o resultado da relação dinâmica entre as condições de produção das narrativas a analisar, e as condições de produção da análise.

Do ponto de vista das narrativas, entendemos que estas devem ser compreendidas pela influência de vivências e saberes dos entrevistados, bem como das representações que estes têm sobre a qualidade do SU.

Neste estudo, procurámos identificar os factores de qualidade do serviço de urgência, dando voz aos utentes e aos profissionais, destacando os pontos de encontro e desencontro. Procurámos também, identificar áreas para melhoria, assim como conhecer os limites do gestor na unidade de saúde.

A estrutura que se elegeu para o presente capítulo abrange os seguintes aspectos fundamentais: contexto em estudo; caracterização das amostras; abordagem das representações acerca do tempo de espera; informação relativa ao conforto proporcionado no SU; compreensão da importância do desempenho relacional dos profissionais de saúde no processo de serviço, nomeadamente enfermeiros e médicos; identificação de factores de

limpeza/ atractividade do SU; percepção da confiabilidade; qualificação e a reorganização do contexto em estudo, através das sugestões dos entrevistados. Em cada categoria analisada, procuramos comparar as perspectivas dos utentes e dos profissionais, analisando os pontos de encontro e desencontro.

1. O CONTEXTO

A caracterização, do SU do HIP, já foi descrita na Parte I. Neste capítulo, apenas iremos abordar alguns pontos que consideramos elementares, para a compreensão dos resultados encontrados.

Para esta abordagem, utilizámos dados extraídos das duas bases de dados do SU do HIP. Apesar de haver uma diferença no número de total de utentes, como verificamos no Quadro 13, não pudemos limitar a escolha a uma base de dados. Uma vez, que os dados que necessitávamos não estão compilados.

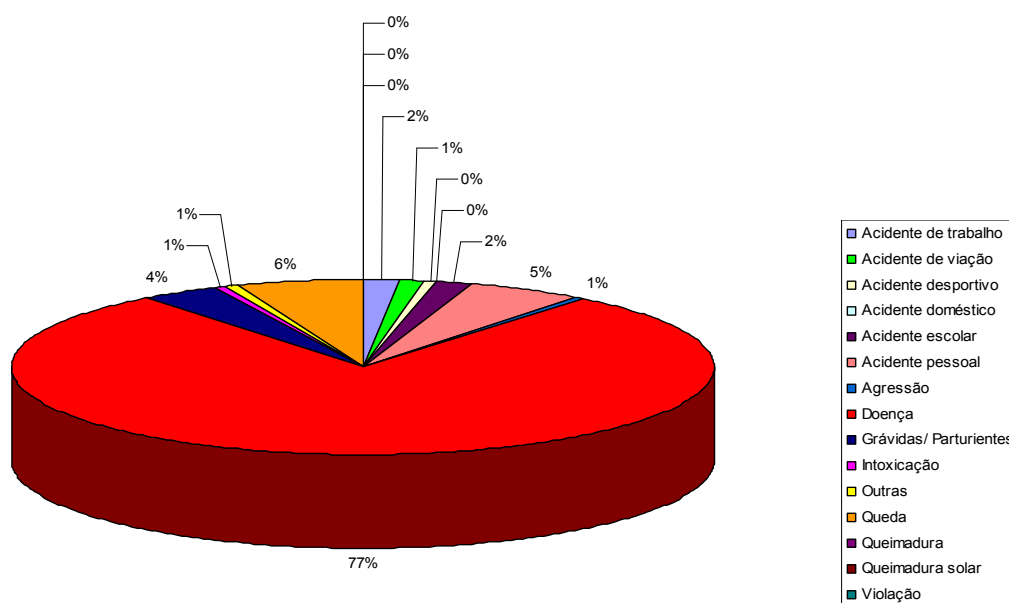
Questionamos o porquê desta diferença numérica, ao serviço de estatísticas do HIP. Foi-nos informado que pontualmente, não há acesso a ambos os programas, por isso os atendimentos são registados na base de dados activa.

Quadro 13: Número de atendimentos por base de dados, registado no primeiro semestre de 2008

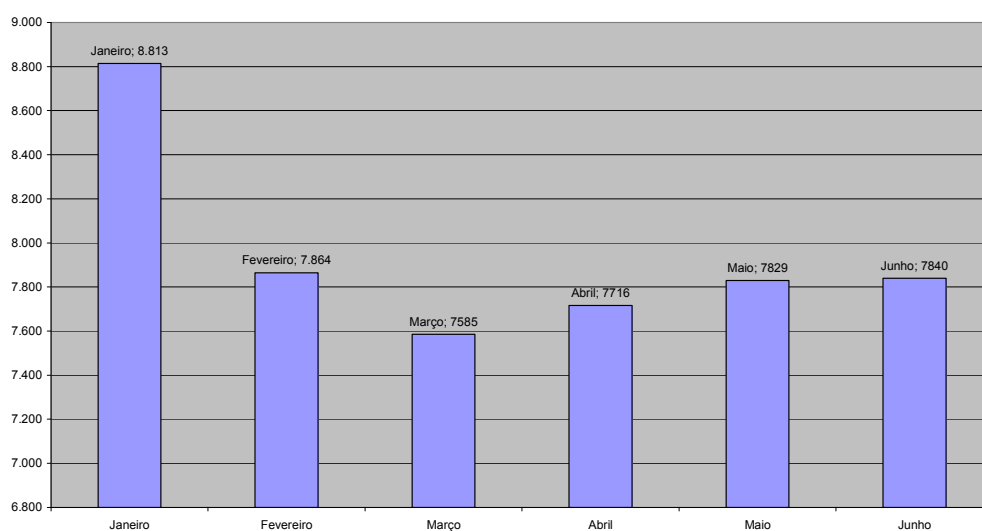
Base de dados	Atendimentos
ADW/Alert	47.647
SONHO	47.843

Colocadas estas condicionantes à investigação, iniciamos a exposição do contexto em estudo.

Cerca de 77% dos utentes, recorre ao SU, por doença natural surgindo como segunda causa a “queda” (Gráfico 2).

Gráfico 2: Percentagem de atendimentos do SU, por causa de admissão²⁰

No período em questão, para o nosso estudo, o mês mais movimentado foi Janeiro, e o que registou menos entradas foi o mês de Março (Gráfico 3).

Gráfico 3: Número de atendimentos no SU do HIP, por mês durante o primeiro semestre de 2008²¹

²⁰ Dados extraídos do SONHO.

²¹ Dados extraídos do ADW/Alert.

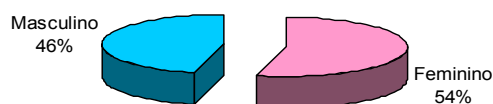
O grupo etário com maior prevalência foi o de [25-45[anos, e logo de seguida o de [45-65[anos. O sexo feminino registou maior número de entradas (Quadro 14).

Quadro 14: Número de atendimentos registados no SU do HIP, por grupo etário e por sexo, durante o 1º semestre de 2008²²

Grupo etário	Masculino	Feminino	Total
[15-25[	2977	4330	7307
[25-45[	6715	9076	15791
[45-65[	5386	6172	11558
[65-75[	2531	3085	5616
[75-85[	2200	3125	5325
[85]	809	1437	2246
Total	20618	27225	47843

Em termos, da contagem de episódios de urgência por sexo, cerca de 54% dos utentes são do sexo feminino, como podemos observar pelo Gráfico 4.

Gráfico 4: Percentagem de atendimentos por sexo, no primeiro semestre de 2008²³



Como podemos analisar pelo Quadro 15, existe uma flutuação na procura do SU. Em Janeiro verificou-se em média 286 atendimentos por dia.

Quadro 15: Média diária de atendimentos registados no SU do HIP, em 2008²⁴

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Semestre
Média diária	286	255	246	259	256	263	261

²²Dados extraídos do SONHO.

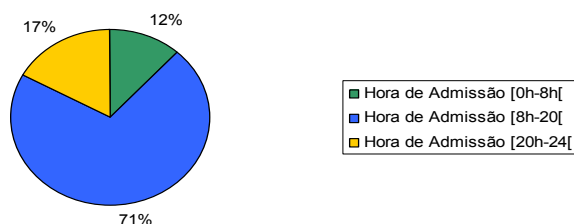
²³ Dados extraídos do SONHO.

²⁴ Dados extraídos do ADW/Alert.

Estes números são médias, e como tal, simplificam o pontual²⁵. No entanto, estes dados em bruto não revelam a intensidade do SU.

Observa-se uma ondulação ao longo das 24h, na utilização da urgência. Cerca de 71% das entradas diárias registam-se entre as 8h e as 20h (Gráfico 5).

Gráfico 5: Percentagem de atendimentos do SU, por escala horária²⁶



Podemos verificar, pelo Quadro 16, os escalões etários mais elevados, indicam uma baixa procura do SU durante os períodos nocturnos.

Quadro 16: Número de atendimentos registados no SU do HIP, por escalas horárias e por grupo etário, no 1º semestre de 2008²⁷

Grupo etário	Hora de Admissão		
	[0h-8h[	[8h-20[	[20h-24[
[15-25[	1066	4759	1482
[25-45[	2056	10605	3130
[45-65[	1279	8440	1839
[65-75[	618	4312	686
[75-85[	439	4125	761
[85[	203	1709	334
TOTAL	5661	33950	8232

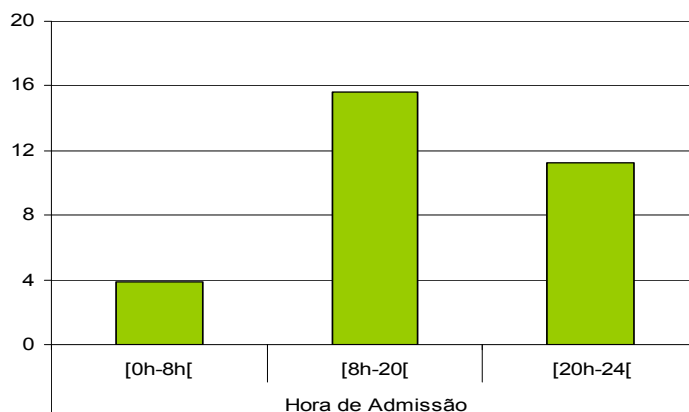
²⁵ Exemplo no dia 2 de Janeiro de 2008, verificaram-se 388 entradas, sendo que 350 ocorreram até às 20h. Neste dia, os utentes triados com a prioridade “Amarela” tiveram de esperar cinco horas, para serem observados pelo médico.

²⁶ Dados extraídos do SONHO.

²⁷ Dados extraídos do SONHO.

Ponderando a média de entradas horária, verificamos que no período das [0-8[horas entraram cerca de quatro utentes/ hora. Contrapondo, com os dezasseis utentes que entram em média por hora, no período das [8-20[horas (Gráfico 6).

Gráfico 6: Número médio de entradas por hora.

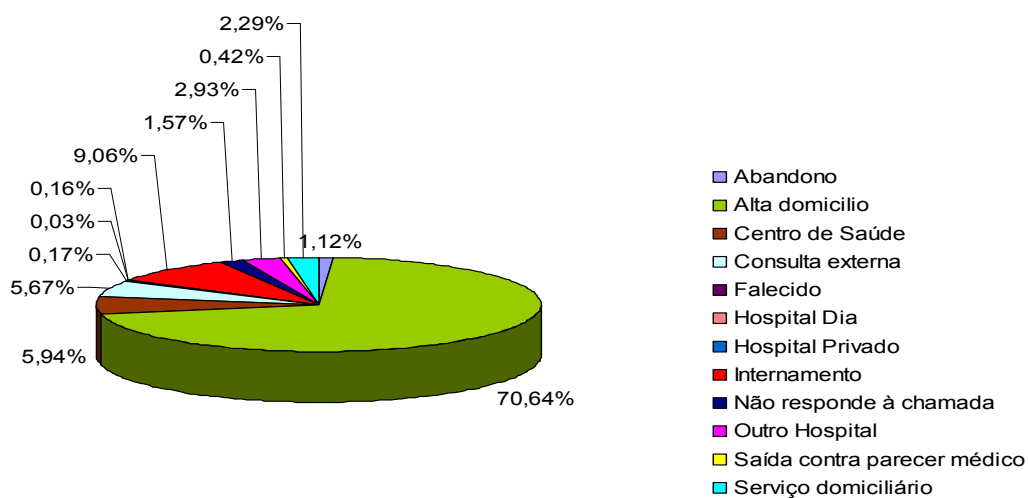


Todos os números e estatísticas ajudam a compreender SU, mas mais uma vez, salientamos que não espelham toda a complexidade que é experimentada pelos utilizadores e por os profissionais de saúde.

Evidenciamos que os meios disponíveis mantêm-se os mesmos, que estão programados para a média de 240 utentes/ dia (média estimada para o SU do HIP).

Considerámos oportuno abordar estas questões pontuais, porque muitas vezes são elas que fazem as capas dos jornais, e servem de avaliação para o global, através do ocasional.

A maioria dos utentes (71%) têm alta para o domicílio, no entanto pode-se observar pelo Gráfico 7, que existe uma percentagem elevada que necessitam de internamento (9%) ou de outro tipo de vigilância/ acompanhamento médico após a alta (Gráfico 7).

Gráfico 7: Percentagem de utilizadores do SU, por destino após alta²⁸

2. CARACTERIZAÇÃO DAS AMOSTRAS

Como já referimos, as amostras foram agrupadas em dois grupos, de acordo com critérios de inclusão pré determinados.

2.1. GRUPO 1

Os utentes foram caracterizados de acordo com os factores incluídos no Quadro 17.

Quadro 17: Quadro geral de caracterização da amostra

Escolaridade	Sexo	Idade	Nº de entradas no SU durante o 1º semestre de 2008
12º	F	26	3
9º	F	38	3
9º	F	28	4

²⁸ Fonte: Dados extraídos do SONHO.

Escolaridade	Sexo	Idade	Nº de entradas no SU durante o 1º semestre de 2008
Licenciatura	F	28	3
12º	M	26	4
Licenciatura	M	30	3
12º	F	48	6
6º	F	45	4
6º	M	41	3
6º	M	59	3

Para o grupo 1, em termos de factores sociais, apenas auscultamos o “nível de escolaridade”, uma vez que Cabral *et al.* (2002) considera este indicador significativo na avaliação dos serviços. Para os autores, quanto maior nível de escolaridade, menor nível de satisfação revelado por os utentes.

Não era nosso objectivo instigar estas relações, mas apenas obter uma amostra representativa de vários factores sociais e individuais, que se relacionam com níveis de satisfação percebida.

Optámos, por na mesma lógica, inferir a idade e o género.

Os autores consultados são unânimes em considerar que a idade é um factor decisivo na avaliação da qualidade, onde os mais novos são os mais insatisfeitos. No nosso estudo, não estabelecemos esta relação. Pudemos verificar que os mais novos questionam mais as práticas, mas não apresentam um grau de insatisfação maior.

A literatura aponta para maior insatisfação no género feminino, na nossa amostra, obtivemos dados que revogam estes estudos, ao contrário dos participantes do género feminino, nenhum participante masculino considerou “Bom” o SU.

Considerámos importante introduzir o “Número de entradas” no SU, por entrevistado, durante o período, em estudo, de forma a provar que os participantes tiveram vários contactos com o serviço e por isso detêm um conhecimento mais profundo dos cenários e dos actores em investigação.

Nas entrevistas, apurámos que quanto mais vezes, os indivíduos, recorrem ao SU, melhor conhecem a organização, detendo um conhecimento profundo de determinados processos e inclusive dos profissionais. Afirmamos que o participante com maior número de entradas, é o mais crítico em relação ao serviço: *Acho que há um pouco de desorganização quando há muita gente* (UG).

2.2. GRUPO 2

Tendo em conta os objectivos do estudo, a selecção dos participantes do grupo 2, incidiu sobre profissionais com funções de gestão no SU, como já explicámos oportunamente, obtendo uma amostra total de cinco participantes. Considerámos a possibilidade de incluir mais participantes, mas tendo em atenção os objectivos do trabalho, não encontrámos mais valia neste acréscimo.

A caracterização da amostra está resumida no Quadro 18. É importante referir, que todos os entrevistados conhecem a dinâmica de outros serviços de urgência, através da vida académica ou como local de trabalho. Destacamos este factor, porque é através de comparações que se pode apreciar a realidade.

Quadro 18: Quadro geral de caracterização da amostra

Profissão	Sexo	Idade	Categoria Profissional	Anos de exercício no SU	Área de actuação
Enfermeiros	M	40	Chefe	22	Gestão
	F	32	Especialista	10	Gestão/ Prestação de cuidados
Médicos	M	51	Director Clínico	20	Gestão
	M	50	Vice-Director Clínico	9	Gestão/ Prestação de cuidados
	F	36	Chefe de Equipa	5	Gestão/ Prestação de cuidados

A escolha desta amostra foi intencional, pois procurámos incluir os profissionais hierarquicamente mais reconhecidos, com o objectivo de compreender quais as suas percepções da qualidade do SU e ao mesmo tempo conhecer as limitações de “*quem manda*”.

O enfermeiro chefe assumiu funções após concurso público em 2007, mas anteriormente já desempenhava funções de gestão no SU. A enfermeira especialista exerce funções de gestão desde 2007.

Tanto, o director clínico como o vice-director clínico têm funções nomeadas pelo Conselho de Administração do HIP. Ambos desempenham os respectivos cargos desde 2007. O Chefe de equipa, não é uma função fixa, mas sim rotativa.

Independentemente, das funções acrescidas de gestão, todos os entrevistados prestam cuidados de saúde, no SU há vários anos. Entendemos que este indicador tem a sua mais valia na avaliação da qualidade do SU, porque todos os elementos conhecem bem o serviço, tendo participado em várias reformas organizacionais, tanto como prestadores de cuidados, como enquanto gestores.

Relativamente à categoria profissional, podemos verificar que existem mais médicos do que enfermeiros. Este facto não nos preocupou, uma vez que não condicionou as narrativas.

3. REPRESENTAÇÕES DO “TEMPO DE ESPERA”

O aspecto mais negativo do serviço de urgência é o *Tempo de Espera* (Paúl, 1999; Pego, 1998).

A noção de *Tempo de Espera* é mais complexa do que a sua contabilização cronológica. É um sentimento subjectivo que se prende com as expectativas e com as percepções, mas também é constituído por outros componentes.

Os utentes, que recorrem ao SU, consideram o seu problema suficientemente grave, para justificarem a utilização do serviço. Esperam por isto ser atendidos o mais

rapidamente possível, de forma a resolverem o seu problema. Desejam que o serviço os acolha e compreenda igualmente as suas necessidades.

A organização do SU obedece a determinados circuitos que impõem ao utente, vários *Tempos de espera*, tal como é representado na Figura 7.

Figura 7: Representação dos vários *Tempos de espera*, experimentados por os utentes.



Ainda pode-se tornar mais complexo, se o doente necessitar de ser observado por mais do que uma especialidade médica.

O *Tempo de espera* está associado às expectativas, às condições de espera, e às justificações causais (horas de refeição, passagem de turno) (Paúl, 1999).

Os utentes têm poucos conhecimentos acerca dos princípios de triagem, organização temporal dos exames complementares de diagnóstico e burocracias institucionais, o que dificulta ainda mais a interiorização da necessidade de *Esperar*.

Apesar de ser um factor bastante contestado, Frank *et al.* (2005), no seu estudo acerca das implicações do *Tempo de espera* na satisfação dos utentes, concluíram que não é indutor de níveis de insatisfação elevados. Para os utentes, a insatisfação, advém do respeito e dos aspectos relacionais.

Para este estudo, optámos por avaliar a percepção dos *Tempos de espera* mais polémicos: Triagem de Manchester; primeira observação médica, resultado dos exames complementares de diagnóstico.

3.1. TRIAGEM DE MANCHESTER

Ambos os grupos foram unânimes ao considerarem que os utentes, não estão muito tempo à espera para serem triados pelo enfermeiro, para realização da Triagem de Manchester. *...relativamente rápido. Nunca estive muito tempo à espera UA.*

Como é observável pelo Quadro 19, a média desde o tempo de admissão até à Triagem de Manchester, é no máximo de oito minutos.

Quadro 19: Tempo em minutos desde a admissão até à Triagem de Manchester, de acordo com as Prioridades²⁹

Prioridades	Tempo desde a admissão à Triagem de Manchester
Vermelho	00:05:33
Laranja	00:06:54
Amarelo	00:07:46
Verde	00:07:58
Azul	00:08:09
Branco	00:07:19

Grelha de análise 1: Categoria *Triagem de Manchester*.

Categoria	Unidades de Registo
Triagem de Manchester	<i>...relativamente rápido. Nunca estive muito tempo à espera. UA</i> <i>Não. UB</i> <i>...sou atendida na hora. UC</i> <i>Foi bastante rápido. UD</i> <i>Não. Foi rápido. UE</i> <i>Não. UF</i>

²⁹ Dados extraídos do ADW/Alert.

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Não. UG</i></p> <p><i>Não. UH</i></p> <p><i>Não. UI</i></p> <p><i>Não. UJ</i></p>
	<p><i>Eu penso que não, normalmente não estão. PA</i></p> <p><i>Não, para serem triados pelo enfermeiro, não estão. PB</i></p> <p><i>...haja um certo atraso, nos dias em que há maior número de inscrições. PC</i></p> <p><i>Não. PD</i></p> <p><i>Não. PE</i></p>

A realidade, percebida por utentes e profissionais, é semelhante, não havendo unidades de discórdia acerca do tempo de espera para a Triagem de Manchester.

3.2. PRIMEIRA OBSERVAÇÃO MÉDICA

Como podemos identificar pelo Quadro 20, os tempos de espera para a primeira observação médica, não apresentam um desvio marcado, do tempo que é preconizado pela prioridade atribuída.

Quadro 20: Tempo médio em minutos desde a Triagem de Manchester até à primeira observação médica, de acordo com as Prioridades³⁰

Prioridades	Tempo médio desde a Triagem de Manchester até à 1ª observação médica
Vermelho	00:07:21*
Laranja	00:13:41
Amarelo	01:05:25
Verde	01:21:11
Azul	02:55:47

³⁰ Dados extraídos do ADW/Alert.

Branco	02:03:42
--------	----------

*Este tempo não é real uma vez que um doente classificado com Prioridade Vermelha, geralmente entra de imediato para a sala de Emergência e posteriormente faz-se a Triagem.

Cabral *et al.*, (2002), no seu estudo acerca do “Saúde e Doença em Portugal – Acesso e utilização dos serviços de saúde”, concluíram que relativamente à rapidez do atendimento, dependerá seguramente da afluência ao serviço e da situação clínica dos utentes.

Os utentes entrevistados coadunam com o estudo dos autores, *Depende da cor da “pulseira”*. *Quando é verde, estamos lá muito tempo* (UJ), *Conforme as ocasiões e conforme a cor da fita. Os dias em que há muita confusão são o pior* (UG).

No geral, obtivemos opiniões *acho que não está mau*. (UA), *...normalmente não*. (UI), que tende a desmistificar o “Tempo de espera” para a consulta.

Ao analisarmos os números que compõem o quadro anterior, é importante considerar que, mais uma vez correspondem a médias. E, podem não reflectir fielmente a realidade.

Assumindo a especulação, podemos considerar que este terá sido o motivo para que 80% dos inquiridos do Grupo 2, tenham respondido *Normalmente sim* (PA), *esperam mais tempo do que a cor que lhes foi atribuída* (PB).

Grelha de análise 2: Categoria “Primeira observação médica”

Categoria	Unidades de Registo
Primeira observação médica	<p><i>Depende. Em certas situações foi bastante rápido e em outras demorou muito. UA</i></p> <p><i>...acho que não está mau. UA</i></p> <p><i>Não. UB</i></p> <p><i>Não. UC</i></p> <p><i>Normal. UD</i></p> <p><i>Sim. Estive muito tempo à espera. UE</i></p> <p><i>Não. UF</i></p> <p><i>Conforme as ocasiões e conforme a cor da fita UG.</i></p> <p><i>...já lá estive muito tempo. Os dias em que há muita confusão são o pior. UG.</i></p>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Também não sei se há falta de pessoal. ...Acho que há desorganização. UG.</i></p> <p><i>Não. UH</i></p> <p><i>Depende do médico... UI</i></p> <p><i>...normalmente não. UI</i></p> <p><i>Depende da cor da “pulseira”. Quando é verde, estamos lá muito tempo. UJ</i></p> <hr/> <p><i>Normalmente sim. PA</i></p> <p><i>...alguns esperam mais tempo, do que a cor que lhes foi atribuída, pelo enfermeiro da Triagem. PB</i></p> <p><i>...não existe muito, esse prolongamento de tempo de espera, mas em algumas situações é considerável. PC</i></p> <p><i>Passa dos tempos fixados... PC</i></p> <p><i>...houve uma franca melhoria, nos tempos de espera. PD</i></p> <p><i>...conseguiu-se uma melhoria ao nível de todas as cores...PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>

A observação à grelha de análise 2, permite-nos concluir que os profissionais, revelaram-se mais críticos, do que os utentes. Observando-se um ponto de dissonância. Este importante resultado coaduna com os estudos referenciados, o conhecimento da realidade, traduz-se em apreciações da real capacidade.

3.3. EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Todos os entrevistados do grupo 1, tinham realizado algum tipo de exame complementar, no SU.

A maioria dos participantes, não considera que permaneceram muito tempo à espera do resultado. *As análises é o que demora mais tempo, mas isso nós já sabemos (UC); Não esperei muito tempo. (UE).* No entanto, é importante referir que para UG...*estamos montes de tempo à espera.* UG nomeou os “tempos” cronológicos *Demora muito tempo, muito mais do que uma hora. Tive alturas que foi mais de hora e meia.*

O serviço de Imagiologia e o laboratório analítico são os mesmos para o SU e para os restantes serviços do hospital, não havendo uma política de prioridade para a Urgência.

Os resultados das análises clínicas dependem dos factores: tipo de análise e afluência de procura. O tempo estimado é entre 30 a 60 minutos.

Sabemos que o conceito de “tempo” é subjectivo e é influenciado por diversos factores, como refere UG *vamos para lá com dor, e a demora é grande, é horrível.*

O grupo 2 revela “tempos de espera” acrescidos *Esperam muito tempo, sim.* (PA).

Na questão 4.1, PA justifica o prolongamento do Tempo de espera, *...podem não ter uma resposta atempada. ... porque, Deveria de haver um serviço que se disponibilizasse por fazer os exames complementares de diagnostico da urgência, e não do hospital inteiro. ...conseguiríamos abreviar a ida a uma ecografia, a um TAC, as análises serem feitas mais rápido... Por exemplo, um doente entra de urgência, temos que fazer um TAC, e esse TAC ser pedido às 9h da manhã e ser feito ao meio-dia, ou fazer uma ecografia às duas da tarde, quando o exame foi pedido, durante a noite. ... As análises de urgência são, tão urgentes como as análises de um internamento.*

Grelha de análise 3: Categoria “Exames complementares de diagnóstico”

Categoria	Unidades de Registo
Exames complementares de diagnóstico	<p><i>Não. UB</i></p> <p><i>Não. As análises é o que demora mais tempo, mas isso nós já sabemos. UC</i></p> <p><i>O normal, cerca de uma hora. UD</i></p> <p><i>Não esperei muito tempo. UE</i></p> <p><i>Acho. UD</i></p> <p><i>...para vir os resultados estamos montes de tempo à espera. UG Demora muito tempo, muito mais do que uma hora. Tive alturas que foi mais de hora e meia. UG</i></p> <p><i>Mas quando vamos para lá com dor e a demora é grande é horrível. UG</i></p> <p><i>Não. UH</i></p> <p><i>Não ... UI</i></p> <p><i>Às vezes, não é sempre igual. UJ</i></p>
	<p><i>Esperam muito tempo, sim. PA</i></p> <p><i>...podem não esperar muito tempo pelo resultado... esperam muito tempo para a decisão médica... PB</i></p> <p><i>Considero. PC</i></p> <p><i>...não considero que o tempo de espera seja mais do que em outros sítios. ... os tempos são aceitáveis... PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>

Para esta categoria, tanto profissionais como utentes revelaram percepções idênticas, demarcando um ponto de encontro.

4. CONFORTO

Para o Ministério da Saúde (2007b), o planeamento dos SU deve ter em conta dois factores fundamentais, que irão determinar as diversas áreas, que são os seguintes:

- pico de afluência/ demora média de episódio;
- nível de Urgência (SUP, SUMC, SUB).

De acordo, com as recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência, o SU revela algumas falhas.

4.1. ADEQUABILIDADE

Apesar da estrutura física do SU, obedecer às recomendações do Ministério da Saúde, na prática observam-se dificuldades para a prestação de cuidados. Uma vez que *...a distribuição das áreas não está muito bem organizada. (PA); ...há barreiras arquitectónicas nessas mesmas áreas, torna-se difícil vigiar os doentes. O doente pode deteriorar o seu estado clínico, de um momento para o outro, e sem que seja visível de imediato, por algum profissional de saúde. (PB).*

As barreiras arquitectónicas e as áreas de trabalho seguem as directrizes do Ministério da Saúde (2007b). No entanto, durante o trabalho de campo, pudemos observar que os doentes, na Sala de Inaloterapia, ficam sem vigilância de nenhum profissional de saúde, *alguns locais nomeadamente a Decisão Clínica e a Inaloterapia, que estão à mercê de quem passa no corredor, deveriam ser fechadas, ou então, as barreiras das paredes serem deitadas a baixo. Ficaria tudo mais amplo e mais visível, para que os utentes ficassem todos sob vigilância. (PB).*

A sala de Inaloterapia é uma área destinada à administração de oxigénio e nebulizações, com capacidade para vários doentes. Apesar de ter um posto de enfermagem,

não tem um enfermeiro responsável pelo local. Os doentes ficam sozinhos durante o tratamento.

Podemos observar a análise técnica que os profissionais fizeram, apoiando estes pareceres nas práticas quotidianas. Questionamo-nos sobre a má opção arquitectónica da urgência, mas mais contraproducente, foi ter sido baseada em directrizes governamentais. Lamentamos que estas chamadas de atenção só sejam tidas em conta, quando são bafejadas pela comunicação social.

Para compreender esta necessidade de mudança exposta por PA, PB e PC, demonstramos a seguinte situação clínica.

- 1) O doente necessita de tratamento com aerossóis, que são realizados na sala de inaloterapia.
- 2) A enfermeira inicia a prescrição médica, mantendo o doente na sala de inaloterapia sem vigilância.
- 3) O doente tem uma paragem cardíaca.
- 4) Ninguém viu.

A pergunta que se põe é “Quem é responsável?”

Além desta problemática, conseguimos perceber que fisicamente, pode não estar preparado para receber o número de utentes que diariamente recorrem ao SU. *As instalações são adequadas, agora não serão suficientes para o número de doentes que nós temos* (PE).

Também no grupo 1 houve manifestos relativos ao elevado número de pessoas, *...está pequeno demais, para o movimento que há. ...vejo macas no corredor, estamos a dividir um sítio com outra pessoa, porque tem de lá estar porque não há onde a pôr.* (UG), *... são boas, mas está sempre tudo cheio* (UJ).

Grelha de análise 4: Categoria “Adequabilidade”

Categoria	Unidades de Registo
Adequabilidade	<i>Sim. UA</i> <i>Sim. UB</i> <i>...acho que sim. UC</i>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Sim, neste momento sim.</i> UD</p> <p><i>As instalações são as suficientes.</i> UE</p> <p><i>Razoável.</i> UF</p> <p><i>Acho que aquilo está pequeno demais, para o movimento que há.</i> UG</p> <p><i>...vejo macas no corredor, estamos a dividir um sítio com outra pessoa, porque tem de lá estar porque não há onde a pôr.</i> UG</p> <p><i>... são adequadas.</i> UH</p> <p><i>Sim.</i> UI</p> <p><i>... são boas, mas está sempre tudo cheio.</i> UJ</p>
	<p><i>...são adequadas.</i> PA</p> <p><i>...em relação à distribuição das áreas não está muito bem organizada.</i> PA</p> <p><i>O Serviço de Urgência é muito grande, é enorme.</i> PB</p> <p><i>...há barreiras arquitectónicas nessas mesmas áreas, torna-se difícil vigiar os doentes.</i> PB</p> <p><i>...nas novas directrizes não seriam, mas para as condições, do pessoal e orgânica, acho que sim.</i> PC</p> <p><i>Em relação ao espaço não nos podemos queixar.</i> PD</p> <p><i>As instalações são adequadas, agora não serão suficientes para o número de doentes que nós temos.</i> PE</p>

Há semelhança dos dados encontrados anteriormente, comparando as duas amostras, percebemos que os profissionais revelaram níveis de exigência mais elevados do que os utentes.

4.2. PRIVACIDADE DOS UTENTES

A maioria das queixas incide sobre o tempo de espera, mas em segundo lugar surgem queixas relativas à privacidade e respeito com que os utentes são tratados (Cabral *et al.*, 2002).

Os profissionais são unânimes em afirmar que *...não há muita privacidade dos doentes* (PA), PE consolidou este facto, *A privacidade é nula.*

PB acredita que existe da parte dos profissionais uma *preocupação, nomeadamente, quando há exposição física*, sendo validado por UC *Quando nos estão a atender põem as cortinas à volta*.

No entanto, em momentos de grande afluência, *a privacidade fica um bocadinho aquém* podendo estar *dois doentes na mesma boxe* (PA). Facto este, descrito por UG, *não há privacidade. Ainda da última vez que lá estive, um senhor urinou-se todo, olhe, eu não tenho de ver isto. Temos que levar com outro doente ao lado, sem uma divisória, sem nada. O nosso sofrimento já é o suficiente* (UG, Q. 6.2).

O principal factor, apontado para a inadequada privacidade dos utentes, é o elevado número de utentes e acompanhantes, que estão constantemente dentro do SU *devido ao grande aglomerado de doentes, não nos permite manter a privacidade* (PB). Os utentes realçam *o serviço está sempre congestionado e a envolvente tem sempre muitos doentes juntos e aglomerados* (UF). UI refere *Quando há muita gente, não há privacidade*, ficamos com a ideia que para este utente, quando há menos pessoas, há mais privacidade.

PA chama atenção, para a área da Triagem, onde estão dois utentes a serem triados ao mesmo tempo, apenas com um biombo a separá-los. *...deviam ser recepcionadas, com mais privacidade*.

De acordo, com o Ministério da Saúde (2007b), o local da triagem dos doentes, deve incluir mecanismos de isolamento visual e sonoro entre os dois locais de atendimento.

O mesmo documento recomenda acesso facilitado para os utentes acamados (abertura ampla não requerendo constante manipulação de macas para dentro/ fora do compartimento). PA vai ao encontro destas indicações *os que vêm acamados ou os que vêm em macas, deveriam ser mudados noutra sector. ...não está resolvida essa situação, mas já está identificada e já está providenciada para que seja resolvido nomeadamente a colocação de umas cortinas que ajudava*.

Podemos verificar, que apesar de as instalações serem bastante recentes (2006), não cumprem todas as directrizes para os serviços de urgência, o que interfere directamente na privacidade dos doentes.

Salientamos, que nenhum dos utentes entrevistados nomeou o gabinete de triagem, enquanto local de não respeito pela privacidade individual.

Grelha de análise 5: Categoria “Privacidade dos utentes”

Categoria	Unidades de Registo
Privacidade dos utentes	<p><i>Acho que a privacidade é suficiente. UA</i></p> <p><i>Privacidade? Não UB</i></p> <p><i>Quando nos estão a atender põem as cortinas à volta. UC</i></p> <p><i>...sim. UC</i></p> <p><i>Nem por isso. Não o adequado. UD</i></p> <p><i>Não há privacidade. UE</i></p> <p><i>Não, porque o serviço está sempre congestionado e a envolvente tem sempre muitos doentes juntos e aglomerados. UF</i></p> <p><i>Não, não há privacidade. ...da última vez, ...um senhor urinou-se todo, ... não tenho de ver isto. UG</i></p> <p><i>...sim. UH</i></p> <p><i>Quando há muita gente, não há privacidade. UI</i></p> <p><i>Não. UJ</i></p>
	<p><i>Em parte, proporcionam privacidade. PA</i></p> <p><i>...deviam ser recepcionadas, com mais privacidade. PA</i></p> <p><i>...devido ao grande aglomerado de doentes, não nos permite manter a privacidade. PA</i></p> <p><i>Muitas vezes, temos dois doentes na mesma boxe. PA</i></p> <p><i>...a privacidade fica um bocadinho questionável. PB</i></p> <p><i>... parte dos profissionais, vimos preocupação, nomeadamente, quando há exposição física. PB</i></p> <p><i>... em situações de grande afluência de doentes, a privacidade fica um bocadinho aquém. PB</i></p> <p><i>Penso que não há muita privacidade dos doentes... PC</i></p> <p><i>...o equipamento ainda é insuficiente para conseguirmos atingir a qualidade nessa área. PD</i></p> <p><i>A privacidade é nula. PE</i></p>

A preservação da privacidade dos utentes, foi considerada por ambos os grupos, como um factor a melhorar. Realçando que existe concórdia em que a problemática, reside nas instalações e na afluência de utentes.

5. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Depreende-se assim, o papel importante da definição, pelos profissionais de saúde, de padrões de qualidade nos cuidados de saúde.

Evidentemente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício dos profissionais de saúde, nem o exercício profissional pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.

Como já referimos anteriormente, para este estudo apenas questionámos acerca do desempenho dos enfermeiros e dos médicos. Sabemos que para a prestação global do serviço, todos os intervenientes são importantes, contudo decidimos debruçarmo-nos sobre estes, uma vez que são a face mais visível para os utentes.

Obtivemos respostas bastante positivas e outras pouco favoráveis, acerca de ambas as classes profissionais, o que não vai ao encontro dos resultados obtidos pelo HIP (2008).

O HIP realizou uma auscultação à satisfação dos utentes, através de entrevistas telefónicas, com aplicação de uma escala de Bom (3) a Mau (1). Verificou-se que a relação com os profissionais de saúde que trabalham no SU, foi avaliada em Bom (2,8).

As nossas perguntas incidiram em aspectos humanistas da prestação de cuidados – simpatia, interesse, preocupação, disponibilidade, inferindo também pormenores acerca da relação comunicacional. Por último, questionámos acerca do nível de confiança, uma vez que é a partir deste ponto que o utente cumpre o tratamento determinado.

5.1. ENFERMEIROS

Os enfermeiros são os profissionais de saúde, que mais tempo passam, com os utentes. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), os cuidados de enfermagem são as *intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*.

Para Monteiro (2000), os cuidados e o carinho são as atitudes mais valorizadas, em detrimento dos aspectos técnicos. Para o autor, a relação que se estabelece entre estes prestadores de cuidados, é muito importante na determinação dos níveis globais de satisfação.

Em conformidade, Paúl *et al.* (1999) refere que na avaliação realizada aos enfermeiros, são primeiramente visados os aspectos da humanização. No seu estudo acerca da “*Satisfação dos serviços de saúde*”, os enfermeiros foram avaliados com “mau” por 14% dos inquiridos.

5.1.1. Desempenho relacional

O grupo 1 expressou dois pólos de observação: ...*têm sido um “amor”*. ...*são todas excelentes* (UC), *Foram impecáveis*. (UD), contrapondo com UG, *É a picar, toca a andar*. *Não há um cuidado, perguntar “está tudo bem?”*.

Como argumento justificativo, de situações como esta manifestada por UG, PA defende ... *aqui muitas das vezes, temos que primar pela parte técnica, ou seja desempenhar aquilo que é preciso para o doente recuperar e descuramos um bocado a parte relacional e comunicacional...se não fizermos aquilo que é a parte técnica ou seja, a execução das coisas que podem salvar aquelas vidas, e se tivermos a dedicarmo-nos só à parte social ou comunicacional poderão ser prejudicados cuidados aos utentes*.

Claramente, os utentes não referiram apreciações de origem técnica ou de procedimentos mal executados. Os aspectos relacionais são sempre manifestamente, valorizados para a avaliação da satisfação (Monteiro, 2000). O que corrobora com Faria (2005). O autor, no seu estudo “*As opiniões dos doentes sobre os cuidados de enfermagem*”, constatou que o que os utentes mais incitam a melhorar, são as áreas relacionadas com o atendimento e de relação enfermeiro/ doente.

Por outro lado, pela análise detalhada às unidades de registo, do grupo 1 depreendemos a dificuldade na avaliação global das respostas, destacando a heterogeneidade no grupo 1, *Alguns. Existem outros que são muito antipáticos*. (UI), *Alguns sim. São mais ou menos*. (UJ).

Ao mesmo tempo que verificamos os múltiplas contactos, quando avaliam *Alguns sim, outros não*. (UE), *...há uma ou outra enfermeira que não foram assim muito atenciosas* (UG), permitindo-lhes conferir diferenças no desempenho, entre os vários profissionais de enfermagem

Ao contrário de um serviço de internamento, em que há variados contactos com os enfermeiros, e várias vezes ao dia, no SU este contacto é mais restrito a um enfermeiro e num determinado momento.

A maioria dos utentes expressou avaliações favoráveis, *São simpáticos e preocupam-se com os doentes* (UH).

O grupo dos profissionais revelou, na generalidade, concepções positivas acerca da equipa de enfermagem *Para PD é dos grupos profissionais que melhor resposta dá ao nível do serviço de urgência*.

Apenas PA revelou *não é por um caso, ou outro esporádico, que podemos considerar uma equipa, como não simpática para os doentes*.

As unidades de registo indicam que se por vezes, o desempenho não é favorável, *É mais uma falta de disponibilidade do que propriamente, uma falta de predisposição, para as pessoas terem uma relação correcta com os doentes* (PA). A disponibilidade referida por PA deve-se às *particularidades do serviço, como seja a grande afluência de doentes, ... e devido à grande quantidade de intervenções de enfermagem que são necessárias e aos escassos recursos que temos...* Ou seja, *Por vezes, não lhes são dadas as condições para que eles possam exercer todos estes itens* (PC).

Independentemente das dificuldades do processo, a humanização dos serviços refere-se principalmente à forma de atendimento e de relação entre os vários profissionais e o doente. Para os utentes, a qualidade justifica-se muito mais pelas atitudes dos profissionais (ausência de formação e motivação e desorganização no sistema) do que por dificuldades financeiras inerentes à ruptura na capacidade de resposta dos serviços (Paúl *et al.*, 1999).

Sendo assim, o desempenho percepcionado, eleva-se às dificuldades do processo, como refere UG *percebo perfeitamente que haja muitos doentes para atender, mas há enfermeiros e médicos que pecam um bocadinho pela simpatia*.

Grelha de análise 6: Categoria “Desempenho relacional”

Categoria	Unidades de Registo
Desempenho relacional	<p><i>Sim, sim, sim. UA</i></p> <p><i>Sim, demonstram. UB</i></p> <p><i>...têm sido um “amor”. ...são todas excelentes. UC</i></p> <p><i>Foram impecáveis. UD</i></p> <p><i>Alguns sim, outros não. UE</i></p> <p><i>...aceitável. UF</i></p> <p><i>...percebo perfeitamente que haja muitos doentes para atender, mas há enfermeiros e médicos que pecam um bocadinho pela simpatia. UG Podiam ser mais simpáticos. UG ...não tive grande razão de queixa. UG</i></p> <p><i>...há uma ou outra enfermeira que não foram assim muito atenciosas. UG</i></p> <p><i>É a picar, toca a andar. Não há um cuidado, perguntar “está tudo bem?”. UG</i></p> <p><i>...se as pessoas pelo menos dessem mais atenção. ...não perdiam nada em dar mais atenção. UG</i></p> <p><i>São simpáticos e preocupam-se com os doentes. UH</i></p> <p><i>Alguns. Existem outros que são muito antipáticos. UI</i></p> <p><i>Alguns sim. São mais ou menos. UJ</i></p>
	<p><i>...têm um bom desempenho. PA</i></p> <p><i>São pessoas disponíveis. PA</i></p> <p><i>...eu penso que ainda há mais a fazer! ... equipa extremamente jovem ... logicamente que a qualidade também tem a haver com o tempo de serviço PA</i></p> <p><i>...as pessoas estão motivadas para isso, e que têm noção de que isso é necessário. ...não há disponibilidade. É mais uma falta de disponibilidade do que propriamente, uma falta de predisposição, para as pessoas terem uma relação correcta com os doentes. PA</i></p> <p><i>A equipa é interessada... O interesse, é um interesse focado no doente... PB</i></p> <p><i>... interessados também. Por vezes, não lhes são dadas as condições para que eles possam exercer todos estes itens. PC</i></p> <p><i>estamos muito bem servidos, em relação a este grupo profissional... PD</i></p> <p><i>um grupo perfeitamente interessado... é dos grupos profissionais que melhor resposta dá ao nível do Serviço de Urgência. PD</i></p> <p><i>... muitas das vezes, as particularidades do Serviço, como seja a grande afluência de doentes,... e devido à grande quantidade de intervenções de enfermagem que são necessárias e aos escassos recursos que temos leva a que as pessoas muitas vezes, não dêem a devida atenção. PA</i></p> <p><i>...mas aqui muitas das vezes, temos que primar pela parte técnica, ou seja desempenhar aquilo que é preciso para o doente recuperar e descuramos um bocado a parte relacional e comunicacional...se não fizermos aquilo que é a parte técnica ou seja, a execução das coisas que podem salvar aquelas vidas, e se tivermos a dedicarmo-nos só à parte social ou comunicacional poderão ser prejudicados cuidados aos utentes. PA</i></p> <p><i>A preocupação pelo próprio utente também está patente. PB</i></p> <p><i>...preocupam-se com os doentes. PE</i></p>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Não vejo que haja pessoas muito carrancudas e pessoas que tratem mal os utentes. PA</i></p> <p><i>Não se caracteriza por ser uma equipa antipática, ou com má relação com os doentes, é uma equipa com boa relação. E, não é por um caso, ou outro esporádico, que podemos considerar uma equipa, como não simpática para os doentes. PA</i></p> <p><i>...no geral são simpáticos, ... PA</i></p> <p><i>...é uma equipa extremamente jovem, e portanto que tem alguma sensibilidade. PA</i></p> <p><i>...são simpáticos para os utentes. PB</i></p> <p><i>...a maior parte são simpáticos. PC</i></p> <p><i>São simpáticos e agradáveis para os doentes. PE</i></p>

Na análise da categoria, constatamos que existem pontos de encontro entre utentes e profissionais, revelando alguma identidade qualitativa nas narrativas. Depreendemos que na visão dos profissionais de saúde, os enfermeiros são um ponto forte na qualidade do SU. Os utentes expressam a mesma posição, salientando contudo, algumas atitudes negativas.

Na análise a esta categoria, é importante reter, que os profissionais fazem uma avaliação imputada das suas vivências e dos seus conhecimentos. Ou seja, é difícil fazerem uma avaliação, considerando somente os aspectos relacionais, sem que incluam aspectos técnicos do resultado de serviço. Provavelmente, este será o factor mais importante, para a interpretação de uma avaliação tão positiva.

Poderemos estar na presença de um Hiato 2. Há uma dissonância entre o processo de serviço e a percepção do utente.

5.1.2. Disponibilidade

Nesta categoria, pretendíamos perceber se o tempo, que os enfermeiros disponibilizam para estar com os utentes, é o suficiente, ou pelo contrário, os utentes têm necessidade de permanecer mais tempo com os enfermeiros.

Esta categoria não tem sido alvo de muitos estudos publicados, no entanto considerámos bastante oportuno avaliar, uma vez que é este o “tempo” que os utentes têm para expor as suas preocupações e é o “tempo” que os enfermeiros têm para estabelecer a relação profissional.

Constatamos, que todos os utentes entrevistados consideram que o tempo disponibilizado pelos enfermeiros é o suficiente. *Sim, não havia necessidade de estar mais (UC).*

Monteiro (2000) refere que contrariamente aos nossos resultados, os aspectos mais penalizados para os enfermeiros é exactamente a atenção dispensada, contribuindo para este aspecto, os factores organizacionais e a falta de pessoal de enfermagem.

O grupo 2 vai ao encontro do autor, reflectindo que o tempo disponibilizado, não corresponde às necessidades dos utentes, *Os enfermeiros deveriam ter muito mais tempo... não podem dar a atenção que os doentes merecem (PC).*

Todos os profissionais são unânimes ao sustentarem que *os utentes quereriam estar mais tempo com os enfermeiros...(PE).*

Podemos observar, através da unidades de registo, que para os profissionais, a falta de tempo para o utente, não se verificaria se trabalhassem mais enfermeiros por turno *Eu penso que o número de enfermeiros está abaixo daquilo que é legalmente previsto, para o tipo de Urgência que temos e para o número de utentes que temos (PD), são poucos (PC), não temos tempo (PB).*

Brown (1995), no seu estudo sobre a qualidade no SU concluiu que a falta de tempo dos enfermeiros, era essencialmente causada por o número diminuto de profissionais. Monteiro (2000: 155) coaduna com esta posição, *a insuficiência de efectivos diagnosticada a nível nacional (...) não sejam as mais favoráveis para que haja uma resposta pronta às necessidades do doente.*

Nos termos do n.º 2 do Despacho n.º 27144/2005 (2ª série), publicado no Diário da República n.º 250, de 30 de Dezembro, determinou-se que, para efeitos de fundamentação da necessidade de pessoal de enfermagem, se proceda com o previsto na seguinte fórmula:

$$EN = \frac{A_t \times H_{cn}/A_t}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

A_t = Número de atendimentos por ano

H_{cn}/A_t = Número de horas de cuidados necessários por atendimento

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

De acordo, com a fórmula, o SU, tem carência de profissionais de enfermagem, *eles têm que se subdividir* (PD).

Na entrevista, PD (Q. 3.1.2) confirmou que *o número de enfermeiros está abaixo daquilo que é legalmente previsto, para o tipo de Urgência que temos e para o número de utentes que temos. Tenho um estudo efectuado há cerca de um ano, em que se fez um estudo à luz da legislação em vigor, para perceber o número de profissionais necessários para cada área, e ficamos a saber que o número de enfermeiros no Serviço de Urgência, é ainda inferior ao tipo de trabalho que nós pretendemos.*

Grelha de análise 7: Categoria “Disponibilidade”

Categoria	Unidades de Registo
Disponibilidade	<i>Sim. UA</i>
	<i>Sim. UB</i>
	<i>Sim, não havia necessidade de estar mais. UC</i>
	<i>Sim. UD</i>
	<i>Sim. UE</i>
	<i>Sim. ...o suficiente. UF</i>
	<i>...estive o tempo necessário. UG</i>
	<i>Sim, o tempo é suficiente. UH</i>
	<i>Sim. UI</i>
	<i>Sim. UJ</i>
	<i>Não...não existe tempo para estar com o utente. PA</i>
	<i>...aqui o tempo para cuidar do utente é escasso. Nós não temos tempo. PB</i>
	<i>Tratamos do doente, cuidamos por vezes, e por vezes não cuidamos deles porque não temos tempo para cuidar. PB</i>
	<i>...não. Os enfermeiros deveriam ter muito mais tempo, mas como são poucos, eles têm que se subdividir e portanto não podem dar a atenção que os doentes merecem. PC</i>

Detectámos desequilíbrio de percepções, o que se poderá justificar pela voz profissional de PB. *...aqui o tempo para cuidar do utente é escasso. Tratamos do doente, cuidamos por vezes, e por vezes não cuidamos deles porque não temos tempo para cuidar (PB).*

Tecnicamente, os profissionais sabem o que fazem, e se tivessem tempo, o que poderiam fazer melhor.

5.1.3. Comunicação

A comunicação permite que se estabeleça relação entre os indivíduos. No campo da saúde é de extrema importância, permitindo que o utente explicita o que o preocupa e por parte dos técnicos de saúde, haja o *feedback* compreensível ao nível social e cultural do consumidor.

O senso comum, revela-nos que os profissionais de saúde usam termos muito técnicos e incompreensíveis para a população em geral.

Na categoria *Comunicação* pretendíamos analisar se existem factores incitadores da comunicação ineficaz, por parte dos enfermeiros.

Pela análise às unidades de registo, constatamos que, tanto utentes como profissionais consideram que os enfermeiros *comunicam com clareza* (PA).

UA refere que *Sim....tentam ao máximo explicar-nos*, reforçando a mesma posição UC, *A linguagem que os enfermeiros utilizam é a deles mas se eu perguntar o que me vão fazer, eles explicam na “minha linguagem”, ...*

Esta “tradução” é nomeada por PB, *Nós traduzimos os termos técnicos. ...é a única classe que tem essa preocupação... Usamos o senso comum, a linguagem “lá de fora” para que eles [os utentes] percebam.*

Paúl (1999) encontrou resultados semelhantes. Cerca de 90% dos inquiridos, do seu estudo, referiu que estavam satisfeitos com as explicações que lhes foram dadas.

Grelha de análise 8: Categoria “Comunicação”

Categorias	Unidades de Registo
Comunicação	<p><i>Sim....tentam ao máximo explicar-nos. UA</i></p> <p><i>Sim. UB</i></p> <p><i>Sim. A linguagem que os enfermeiros utilizam é a deles mas se eu perguntar o que me vão fazer, eles explicam na “minha linguagem”, ...UC</i></p> <p><i>Sim. UD</i></p> <p><i>Sim. UE</i></p> <p><i>... usam termos técnicos. UF</i></p> <p><i>...são directos e expõem. UG</i></p> <p><i>Mas há pessoas que não compreendem. UG</i></p> <p><i>...ficam em branco, que não entendem o que eles estão a dizer ou a pedir. UG</i></p> <p><i>Sim, são claros. UH</i></p> <p><i>Sim. ... UI</i></p> <p><i>também falam coisas que nós não percebemos. UI</i></p> <p><i>Sim. UJ</i></p>
	<p><i>...desde o momento que tenham tempo, eu penso que sim que comunicam com clareza. PA</i></p> <p><i>Considero. Nós traduzimos os termos técnicos. ...é a única classe que tem essa preocupação... PB</i></p> <p><i>Usamos o senso comum, a linguagem “lá de fora” para que eles percebam. PB</i></p> <p><i>Acho que sim. PC</i></p> <p><i>Perfeitamente. PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>

Nesta categoria, encontrámos homogeneidade tanto na avaliação feita pelos utentes como pelos profissionais.

5.1.4. Percepção da competência

A competência da enfermagem baseia-se na compreensão, valorização e avaliação de tudo o que se torna indispensável, para manter e estimular a qualidade de vida do indivíduo, usando os meios mais adaptados para o conseguir (Ordem dos enfermeiros, 2004).

Para Faria (2005) a competência em enfermagem é avaliada pelos utentes através de atitudes, comportamentos e conhecimentos demonstrados pelos enfermeiros.

A partir do autor, analisamos as unidades de registo encontradas.

Todos os profissionais entrevistados consideram os enfermeiros do SU, *...pessoas ... competentes* (PA) e que *demonstram competência* (PE).

Relativamente, ao grupo dos utentes observamos apenas duas unidades de registo, que põe em causa a competência dos enfermeiros, *Alguns demonstram competência*. (UG), *Nem todos* (UE; UG).

Grelha de análise 9: Categoria “*Percepção de competência*”.

Categorias	Unidades de Registo
Percepção da Competência	<i>Sim. UA</i> <i>Sim. UB.</i> <i>Sim... UC</i> <i>Sim, bastante competentes. UD</i> <i>Nem todos. UE</i> <i>Demonstram competência. UF</i> <i>Alguns demonstram competência. Mas nem todos. UG</i> <i>...a maior parte sim. UG</i> <i>Sim. UH</i> <i>Sim. UI</i> <i>Sim. UJ</i>
	<i>...são pessoas extremamente competentes. PA</i> <i>Às vezes colocam a nossa competência em causa, mas isto é por causa do tempo de espera. PB</i> <i>Consideram competentes quando estão a cuidar e a tratar deles. PB</i> <i>...seria muito mais se eles tivessem, realmente mais tempo. Se houvesse um rácio perfeito de doentes/enfermeiros. PC</i> <i>...tenho constatado que existe uma grande sensibilidade em tentar perceber, e tentar ajudar o doente em todas as situações. PD</i> <i>...demonstram competência. PE</i>

A avaliação positiva dos enfermeiros, no âmbito da percepção de competência, é partilhada por profissionais e utentes.

5.1.5. Nível de confiança

A confiança no prestador de cuidados determina a aceitação e o cumprimento eficaz do tratamento. Para que o utente confie no enfermeiro, este terá de disponibilizar tempo, demonstrar competências técnica e humanistas, proporcionando ao utilizador uma imagem de respeito e de dignidade.

Para os profissionais, os enfermeiros inspiram confiança, *Sim, no geral sim* (PB). Apenas PC ressaltou *...pode haver enfermeiros que não têm um perfil dinâmico, para uma urgência. E por vezes as pessoas podem sentir essa dificuldade, em ter confiança.*

Na maioria, das narrativas dos utentes, também identificamos que *Confio nos enfermeiros* (UH).

Porém, UG narrou práticas inadequadas, *Há profissionais lá que eu pergunto “Será que é um enfermeiro?”. ...lidam com a gente, como se fossemos uns animais ... basta dizer “olhe eu vou fazer isto ou vou fazer aquilo”. Vamos para lá e picam de um lado, picam do outro”, sem uma palavra.*

É reconhecido ao utente, através da “*Carta dos direitos e deveres dos doentes*”, o direito de avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Sendo o doente a razão de ser de todos os esforços dos profissionais de saúde, deve ser tratado com respeito, tendo em vista a sua satisfação global.

Grelha de análise 10: Categoria “Nível de confiança”

Categoria	Unidades de Registo
Nível de Confiança	<i>Sim. UA</i> <i>Sim. UB.</i> <i>Sim... UC</i> <i>Sim. UD</i> <i>Sim UE</i> <i>Sim. UF</i> <i>Alguns não. UG</i> <i>Há profissionais lá que eu pergunto “Será que é um enfermeiro?”. ...lidam com a gente,</i>

Categoria	Unidades de Registo
	<i>como se fossemos uns animais. UG</i> <i>... basta dizer “olhe eu vou fazer isto ou vou fazer aquilo”. Vamos para lá e picam de um lado, picam do outro”, sem uma palavra. UG</i> <i>Confio nos enfermeiros. UH</i> <i>Alguns. Mas não todos. UI</i> <i>Sim. UJ</i>
	<i>...penso que sim. PA</i> <i>Sim, no geral sim. PB</i> <i>A maior parte sim. PC</i> <i>...pode haver enfermeiros que não têm um perfil dinâmico, para uma urgência. E por vezes as pessoas poderem sentir essa dificuldade, em ter confiança. PC</i> <i>Sim. PD</i> <i>Sim. PE</i>

Na análise global a esta categoria, profissionais e utentes estão em conformidade.

5.2. MÉDICOS

A satisfação do utente reflecte, pelo menos em parte, a relação entre o médico e o utente, mesmo que esta relação se baseie em atitudes, crenças, valores ideológicos ou éticos.

Monteiro (2000), no seu estudo acerca da qualidade dos cuidados hospitalares, concluiu que a dimensão melhor classificada é relativa aos médicos. Paúl (1999) obteve resultados idênticos, verificando que para a maioria dos seus inquiridos, o atendimento médico foi o melhor que vivenciaram na Urgência.

O saber, a perícia da medicina, cada vez mais dependente da alta tecnologia, coloca os utentes numa situação de especial dependência em relação ao médico, que tem em geral o poder de influenciar a condição de saúde do utente. O facto, de a avaliação dos médicos (sobretudo na relação interpessoal) ser a mais positiva e consensual, entre todas as componentes do serviço, pode também ser explicada, por esta “assimetria de poder”. Aquilo que está nesta relação contratual, não é um bem como outro qualquer, mas sim a saúde, e no limite a vida. A “cura” assume um carácter absolutamente prioritário para o

utente. Ou seja, desde que o médico o cure, todas as outras dimensões são secundárias, na avaliação dos cuidados de saúde. São os chamados efeitos de gratidão (Cabral *et al*, 2002).

No nosso estudo de caso, pudemos verificar que apesar de o domínio “Médicos” obter muitas observações positivas, também existem registos de percepções menos positivas. Este facto é mais evidenciado no grupo 2. PA refere que...*alguns têm interesse, especialmente aqueles que frequentemente exercem funções na Urgência*, alertando-nos assim para a problemática dos médicos externos contratados. ... *...quem trabalhe num serviço de urgência, e trabalhe só a tempo inteiro, trabalha cá porque quer, e tem uma motivação completamente diferente, de quem vem cá uma vez por semana... Não deveria vir ninguém de “fora”* PE.

5.2.1. Desempenho relacional

O desempenho relacional dos médicos é dos aspectos mais importantes a avaliar em qualquer serviço de saúde, uma vez que os autores consultados, referem que os aspectos não técnicos, ou seja, a cortesia, o respeito e a gentileza, são bastante valorizados pelos utentes, traduzindo má qualidade dos serviços, caso não sejam percepcionados (Monteiro, 2000).

Os utentes sobrevalorizam a relação com o médico, transferindo-a para a avaliação global do serviço. Quando os médicos são atenciosos, corteses e tranquilizadores, dando atenção às preocupações dos utentes, os níveis de satisfação aumentam proporcionalmente (Pego, 1998).

A análise desta categoria revelou-se complexa porque obtivemos opiniões bastante opostas, realçando as diferenças dentro do grupo profissional, como evidenciou UJ, *...muito bons, mas às vezes apanhamos cada um*.

Verificamos unidades de registo, adversas *...Não querem saber se depois temos de lá voltar. Não resolvem o nosso problema* (UI), *Há alguns que não vale a pena. ...há uns simpáticos e há outros que não abrem a boca. Nem perguntam “Olhe como se chama?”* (UG).

O que vai ao encontro de PD, *Em determinadas especialidades, o número dos doentes, não permite que haja uma atenção mais particular e em nos conseguirmos aproximar mais da parte “humana” do doente.*

No entanto, a maioria dos utentes avaliaram positivamente os médicos, *muito bons. Não tenho razão de queixa* (UH).

Os resultados obtidos vão ao encontro de vários autores, em que as componentes não técnicas são bem classificadas. Monteiro (2000) destacou que o carinho e os cuidados são as dimensões melhor cotadas face aos médicos.

Os profissionais durante as entrevistas, forneceram possíveis justificações para as atitudes negativas. De acordo com as narrativas, a principal limitação a estes pressupostos é a grande afluência de utentes. *Tecnicamente, acho que o cuidado é irrepreensível, agora é compreensível que em certos períodos pela quantidade de doentes, provoca-nos determinada dificuldade para o acompanhamento pessoal e dos familiares.* (PD).

Os utentes entrevistados deram avaliação positiva ao *desempenho relacional*. Facto, que prevíamos encontrar, porque em estudos anteriores, são bastante bem classificadas. Para Monteiro (2000: 165) *justifica-se com a figura central no processo de cura e que daí resulte uma maior valorização social que se traduzirá numa classificação mais generosa.* Paúl (1999: 67) encontrou resultados semelhantes no seu estudo, *o acesso ao médico e à sua consulta é o objectivo último da ida à urgência e, por outro lado, o médico é detentor de maior poder na estrutura, o que tendencialmente promove escolhas positivas.*

Os profissionais consideram que os médicos apresentam as características relacionais questionadas, salvaguardando que existem algumas condicionantes, ao bom desempenho, *inerente a muitas situações, onde o interesse, ...seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham* (PC), *têm interesse, especialmente aqueles que frequentemente exercem funções na Urgência* (PA).

PA destacou os médicos contratados (não pertencentes ao quadro do hospital), referindo que poderá ser uma fonte causadora de desinteresse. Não existe em Portugal, estudos que comprovem este parecer. Contudo, na nossa opinião é de valorizar.

Grelha de análise 11: Categoria “Desempenho relacional”

Categoria	Unidades de Registo
Desempenho relacional	<p><i>Sim. UA</i></p> <p><i>Sim. UB.</i></p> <p><i>Muito bom. UC</i></p> <p><i>Às vezes. São medianos. UD</i></p> <p><i>Nem todos. Depende do médico e se há muita gente. ...há muitos que não querem saber dos doentes. UE</i></p> <p><i>...têm um desempenho aceitável. UF</i></p> <p><i>Há médicos simpáticos e há outros que vêem o doente e saem calados, mudos, porque não dizem nada. UG</i></p> <p><i>Há alguns que não vale a pena. ...há uns simpáticos e há outros que não abrem a boca. Nem perguntam “Olhe como se chama?”. UG</i></p> <p><i>...muito bons. Não tenho razão de queixa. UH</i></p> <p><i>Nem todos. Existem muitos que não querem saber. UI</i></p> <p><i>...Não querem saber se depois temos de lá voltar. Não resolvem o nosso problema. UI</i></p> <p><i>...muito bons, mas às vezes apanhamos cada um. Falam para a gente como se fossemos animais. UJ</i></p>
	<p><i>...alguns têm interesse, especialmente aqueles que frequentemente exercem funções na Urgência... PA</i></p> <p><i>...estão interessados em resolver o caso médico, ou o caso clínico do utente, da forma mais correcta possível. PB</i></p> <p><i>No geral são simpáticos para os utentes, há excepções como todas as outras profissões...PB</i></p> <p><i>...inerente a muitas situações, onde o interesse, ...seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham. PC</i></p> <p><i>...há uma preocupação em prestar um serviço de qualidade e em resolver o problema dos utentes. PD</i></p> <p><i>Em determinadas especialidades o número dos doentes não permite que haja uma atenção mais particular e em nos conseguirmos aproximar mais da parte “humana” do doente. PD</i></p> <p><i>em relação ao Interesse ... de resolver o problema do utente, de uma maneira geral estamos muito bem. PD</i></p> <p><i>... são interessados.... PE</i></p> <p><i>...eu penso que devem ter a preocupação para com os doentes e eu isso nem ponho em causa. PA</i></p> <p><i>...demonstram preocupação para com o doente...PA</i></p> <p><i>em relação ...à preocupação de resolver o problema do utente, ...estamos muito bem. PD</i></p> <p><i>...tirando alguns casos esporádicos são pessoas são simpáticas. PA</i></p> <p><i>... são simpáticos, ... PE</i></p> <p><i>...preocupam-se com os utentes. PE</i></p>

Da análise global, depreendemos que não existe um desvio marcado das opiniões dos profissionais e dos utentes.

5.2.2. Disponibilidade

De acordo com Pego (1998), os utentes avaliam mais positivamente os serviços, se os médicos despendem mais tempo durante a visita, a explicar os procedimentos e a registar informação do utente.

Esta categoria suscitou opiniões divergentes, sem um padrão definido, *...é muito relativo* (UC).

Para 50% dos utentes inquiridos, permaneceram com o médico, o tempo desejado: *...é o necessário....é escusado estar mais tempo com eles* (UB).

Os outros 50% referem que *em certas situações os médicos deveriam estar mais um bocadinho* (UA). Mais uma vez, observamos o discurso de UG *Parte das vezes, nem dão tempo de expormos toda a nossa situação. Viram-nos as costas e nem há um interesse. ...vem o curandeiro, trata e está a andar.*

Reforçamos, que as competências relacionais condicionam a avaliação do processo de prestação de cuidados. O trabalho da humanização exige a mudança de mentalidades e envolver a dinâmica própria das instituições, com os diferentes grupos. As pessoas deixam de ser coisas, ou patologias, para serem gente que precisa de gente para atingir a qualidade de vida a que têm direito (Lourenço, 2004).

Grelha de análise 12: Categoria “Disponibilidade”

Categoria	Unidades de Registo
Disponibilida de	<i>talvez devessem passar mais tempo. ...em certas situações os médicos deveriam estar mais um bocadinho. UA</i> <i>...é o necessário....é escusado estar mais tempo com eles. UB</i> <i>...é muito relativo. UC</i> <i>...se tiver pouca gente, ...dão um bocadinho mais de atenção, ...se tiver muita gente ...tem de ser a despachar. UC</i> <i>...dão a atenção e não deixam as coisas a meio. UC</i> <i>Sim. UD</i> <i>Sim. UE</i>

Categoria	Unidades de Registo
	<i>Passam pouco tempo com o doente. UF</i> <i>Parte das vezes nem dão tempo de expormos toda a nossa situação. Viram-nos as costas e nem há um interesse. UG</i> <i>...vem o curandeiro, trata e está a andar. UG</i> <i>Sim. UH</i> <i>Sim. UI</i> <i>Não. UJ</i>
	<i>Sim. PA</i> <i>Não. Também não. PB</i> <i>É a mesma situação: cada vez há mais utentes ... Daí, a poder observar-se a situação de haver pouco tempo para os doentes. PC</i> <i>De uma maneira geral, sim. PD</i> <i>Acho que não... PE</i>

A análise da categoria remete-nos para o desequilíbrio de opiniões, acerca da percepção da disponibilidade para estar com o utente, entre os vários entrevistados. Não podemos evidenciar um padrão que delimite a avaliação feita pelos utentes e pelos profissionais.

5.2.3. Comunicação

Cada vez mais, há maior interesse na comunicação médico-doente, uma vez que é esta comunicação, o elemento central na produção da qualidade, *Tal como na indústria, a qualidade pode ser construída dentro do produto* (Pego, 1998: 93). Por este motivo, a comunicação entre o médico e o utente, com a discussão de expectativas mútuas, é uma componente essencial para a garantia de qualidade.

A comunicação entre médico-doente, nem sempre é eficaz. Os médicos são rotulados de usarem muitos termos técnicos, na sua abordagem ao doente.

Nesta categoria, pretendíamos compreender a problemática, ouvindo ambos os interlocutores.

No modelo tradicional de comunicação médico-doente, o médico é visto como o “especialista” e o doente como o “leigo”, onde o primeiro transfere informação para o segundo. Num estudo realizado à eficácia deste tipo de comunicação, concluiu-se que este

modelo é preferido pelos doentes do que o estilo partilhado de consulta. Os doentes deste estudo, preferiram uma figura de autoridade que fizesse um diagnóstico formal, a um médico que se baseasse na partilha e pedisse as suas opiniões. Como tal, embora haja muitas críticas ao modelo tradicional, os resultados deste estudo, sugerem que existem muitos doentes que preferem esta abordagem (Ogden, 1999).

Para a maioria dos entrevistados, os médicos não comunicam com clareza, *...usam demasiados termos técnicos* (UA), *...deviam ter mais cuidado com os termos que usam, ...às vezes saímos de lá sem saber o que temos e nem percebemos o tratamento que temos de fazer*. (UF).

Esta posição é partilhada pelos profissionais, *Não. Definitivamente não. ...Comunicam os termos, como lhes é habitual escrever no processo* (PB).

Para Antunes (1999), os profissionais de saúde deveriam estar particularmente vocacionados para a arte de comunicar, ultrapassando os resultados linguísticos e pessoais, sendo este o principal factor para a tomada de decisão terapêutica.

Grelha de análise 13: Categoria “Comunicação”

Categoria	Unidades de Registo
Comunicação	<i>...usam demasiados termos técnicos. UA</i> <i>Comunicaram com clareza. UB</i> <i>Sim, ... Usam alguns termos técnicos, mas é mais entre eles, e pouco com os utentes. UC</i> <i>...há um esforço para se explicar tudo, numa linguagem comum, para os doentes perceberem. UD</i> <i>...deviam ter mais cuidado com os termos que usam, ...às vezes saímos de lá sem saber o que temos e nem percebemos o tratamento que temos de fazer. UE</i> <i>...usam termos técnicos e mesmo eu que percebo, às vezes fico a olhar para eles. UF</i> <i>Usam muitos termos técnicos. ...são piores do que os enfermeiros. UG</i> <i>As pessoas saem de lá e perguntam “Mas o que é?”. UG</i> <i>Sim. Explicam tudo como deve de ser. UH</i> <i>Não. UI</i> <i>...poderiam tentar explicar-nos melhor... UI</i> <i>Sim. UJ</i>
	<i>Há de tudo! PA</i> <i>...no geral, eu penso que a maior parte comunica com clareza. PA</i> <i>Não. Definitivamente não. PB</i>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>...não comunicam com clareza. Comunicam os termos, como lhes é habitual escrever no processo. PB</i></p> <p><i>...devido a esta grande afluência, nem sempre é possível fazer isso. PC</i></p> <p><i>Acho que sim...PD</i></p> <p><i>...porque se nós só observássemos doentes de situações urgentes, com certeza que esta e as outras Urgências atenderiam melhor. PD</i></p> <p><i>Sim, acho que comunicam com clareza. PE</i></p>

As unidades de registo revelaram pontos de encontro, entre as narrativas dos utentes e dos profissionais.

5.2.4. Percepção de competência

A competência percebida está directamente relacionada com a satisfação. A satisfação está relacionada com a percepção dos aspectos técnicos, da inteligência e das qualificações dos profissionais, mas os aspectos interpessoais e de comunicação têm mais peso na variação da satisfação dos utentes (Paúl *et al.*, 1999).

Esta categoria é avaliada pela resolução do problema, que incitou os utentes a recorrerem ao SU.

Os utentes apresentaram avaliações positivas: *Foram competentes* (UB), *...demonstram competência* (UA). No entanto, houve desabafos que induzem a níveis baixos de satisfação, *Alguns são competentes, outros deviam pensar o que é que andam ali a fazer* (UE), *Às vezes duvido* (UI).

É importante não esquecer, que os utentes entrevistados recorreram várias vezes ao SU, alguns pela incidência do mesmo problema, *Não sei se são competentes. Muitos não são* (UJ).

Relativamente ao grupo 2, as avaliações gerais foram positivas, salientamos apenas PE *Alguns demonstram competência*, que salvaguardou que nem todos os médicos poderão demonstrar competência.

PC expôs a realidade dos médicos estrangeiros, a praticarem medicina no SU do HIP: *Pode haver uma dificuldade em pensarem nisso por verem pessoas a praticarem medicina em Portugal de outros países, e como não entendem muito bem a língua, fiquem um bocado apreensivos, quando encontram um médico com um sotaque estrangeiro.*

Pensamos, que poderá de ser um factor contributivo, para uma percepção negativa dos cuidados, no entanto, não foi mencionada por mais nenhum dos outros participantes.

Grelha de análise 14: Categoria “Percepção de competência”

Categoria	Unidades de Registo
Percepção de competência	<i>...demonstram competência. UA</i> <i>Foram competentes. UB</i> <i>Sim. UC</i> <i>São médios. UD</i> <i>Alguns são competentes, outros deviam pensar o que é que andam ali a fazer. UE</i> <i>...demonstram razoável competência. UF</i> <i>...alguns sim. Outros não... UG</i> <i>Sim. UH</i> <i>Às vezes duvido. UI</i> <i>Não sei se são competentes. Muitos não são. UJ</i>
	<i>Acho que si, que demonstram competência. PA</i> <i>De uma forma geral demonstram. Demonstram competência na abordagem ao utente, ou melhor aos problemas que o utente lhes comunica. PB</i> <i>A maior parte, acho que sim. PC</i> <i>Pode haver uma dificuldade em pensarem nisso por verem pessoas a praticarem medicina em Portugal de outros países, e como não entendem muito bem a língua, fiquem um bocado apreensivos, quando encontram um médico com um sotaque estrangeiro. PC</i> <i>...consegue-se uma boa empatia com o utente. Às vezes o elevado número de doentes, é que acaba por perturbar esta relação de empatia. PD</i> <i>Alguns demonstram competência. PE</i>

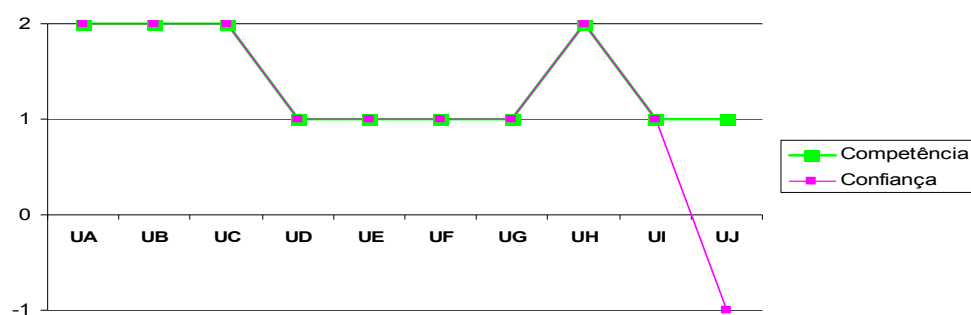
Nesta categoria, demos “voz” aos detentores do saber médico e aos utilizadores, com o intuito de compreender, se o “saber basta”. Concluímos que, quem sabe também precisa de mostrar que sabe. Existe um desencontro entre as percepções dos utentes, e as dos profissionais.

5.2.5. Nível de Confiança

Carvalheira (2003), acerca da satisfação dos utentes na consulta externa, encontrou altos níveis de confiança no médico. No nosso estudo, não encontramos avaliações muito elevadas, mas sim avaliações positivas: *Média* (UD); *Alguns, mas muitos não* (EU); *Alguns ...mas outros não* (UF).

A categoria “Nível de confiança” está bastante associada à categoria anterior, como podemos observar pelo Gráfico 8, onde: totalmente satisfeito – 2; parcialmente satisfeito – 1; insatisfeito – -1.

Gráfico 8: Percepção de competência e Nível de confiança percebida pelo grupo 1



Observamos que os utentes confiam, quando percebem competência: *Às vezes duvido e vou procurar segunda opinião médica* (UF). PB refere o mesmo aspecto *Se, o médico estiver com um discurso menos claro, ou que não o medique. O utente começa a ter um bocadinho desconfiança, e não fica muito confiante na abordagem. Às vezes, isto origina uma segunda vinda à Urgência, só para ter uma segunda opinião.*

Na opinião dos profissionais, os médicos inspiram confiança (PC).

Grelha de análise 15: Categoria “Nível de confiança”

Categoria	Unidades de Registo
Nível de Confiança	Sim. UA Sim. UB.

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Sim... UC</i></p> <p><i>Média. UD</i></p> <p><i>Alguns, mas muitos não. UE</i></p> <p><i>Alguns ...mas outros não. UF</i></p> <p><i>Às vezes duvido e vou procurar segunda opinião médica. UF</i></p> <p><i>Nem todos. UG</i></p> <p><i>Confio nos médicos. UH</i></p> <p><i>Alguns. Depende do médico. UI</i></p> <p><i>Não. Existem alguns que eu não sei. UJ</i></p>
	<p><i>Inspiram confiança! PA</i></p> <p><i>Se, o médico estiver com um discurso menos claro, ou que não o medique. O utente começa a ter um bocadinho desconfiança, e não fica muito confiante na abordagem. Às vezes, isto origina uma segunda vinda à Urgência, só para ter uma segunda opinião. PB</i></p> <p><i>Acho que sim, que inspiram confiança. PC</i></p> <p><i>Sim. PD</i></p> <p><i>Sim. Acho que os doentes ficam satisfeitos, com aquilo que lhes é dito e que lhes é transmitido. PE</i></p>

A análise a esta categoria, permitiu-nos especular, que nem sempre os utentes confiam nas informações e indicações médicas, ao contrário do que os profissionais crêem. Poderão ocasionar situações, em que o utente não opta pela decisão terapêutica instituída por não confiar no especialista.

6. COMPONENTES TANGÍVEIS

6.1. ADEQUABILIDADE DO EQUIPAMENTO

Relativamente, à categoria *Adequabilidade do equipamento*, nenhum dos participantes relatou experiências com equipamentos desadequados, no entanto relataram que...*existem certos equipamentos que deveriam ser reforçados (UA)*, nomeadamente ...*cadeiras de rodas ou macas...* (UF).

Os utentes aproveitaram a entrevista para descrever algumas experiências: ...*estava lá muita gente, pelos corredores, faltavam macas. Toda a gente se queixava...* (UC); ...*dei*

a minha maca para uma senhora, que estava pior do que eu (UD); ...é preciso uma maca e tem de vir outra de outro lado. Temos sempre de estar à espera de qualquer coisa, para ser atendido (UG); ... tive de sair da minha maca (e eu não estava nada bem) para dar a outro doente, que estava ainda pior (UI).

A avaliação feita pelos profissionais é semelhante, *... falta neste momento de macas, cadeiras de rodas ...Fora as macas e cadeiras de rodas, creio que o equipamento disponível é o suficiente (PB); O material existente deveria estar adaptado em termos do padrão de quantidade (PC); o número de doentes que temos no Serviço de Urgência é substancialmente maior do que as capacidades, para as quais esta Urgência foi pensada (PE).*

Os participantes apontaram que o equipamento existente é o adequado, no entanto, é escasso, face às necessidades organizacionais...*sempre pelo volume de doentes que recorrem neste momento ao Serviço de Urgência (PE).*

PE atribui esta variabilidade na afluência, ao fecho/ alteração de horário de unidades de urgência de retaguarda, isso aumenta consideravelmente o número de utentes que nós temos.

De acordo, com o relatório “Encerramento de SAP no período nocturno e seu eventual impacto nas urgências hospitalares”, do Ministério da Saúde (2007c), podemos verificar que existem fortes indícios, para que a hipótese de PE, justifique algum aumento do fluxo de utentes que recorrem ao SU.

Entre Setembro e Outubro de 2006, deram-se alterações nos horários de atendimento não programado dos Centros de Saúde de Aveiro, Albergaria-a-Velha, Vagos e extensão de Sangalhos (Centro de Saúde de Anadia), com restrições sobretudo ao fim-de-semana, que poderiam ter causado impacto directo no atendimento na Urgência.

Comparando com 2005, os dados evidenciam que, no 4º trimestre de 2006, o crescimento mensal dos atendimentos foi mais intenso do que havia sido em 2004/2005, antes da mudança de horário dos Centros de Saúde. No 1º trimestre de 2007, verifica-se igual tendência: crescimento mais marcado do que em igual período de 2006, por comparação com 2005. Fazendo a comparação dos meses de Janeiro a Março de 2007 e 2005 (anos em que houve surto de gripe), constata-se igualmente crescimento intenso dos atendimentos nas urgências (Ministério da Saúde, 2007c).

Tal, como já referimos e apresentamos no Quadro 21, o número de utentes que recorrem ao SU, aumentou consideravelmente, desde 2006 (início da actividade nas actuais instalações do SU), no entanto, não houve reforço significativo de equipamento.

Quadro 21: Variação do atendimento no SU do HIP, face às alterações dos horários dos Centro de Saúde e dos SAP³¹

	2004	2005	2006	2007	Var 05/04 %	Var 06/05 %	Var 07/06 %	Var 07/05 %
JAN	10.027	10.755	11.851	13.077	7,3%	10,2%	10,3%	21,6%
FEV	10.181	10.135	10.478	12.003	-0,5%	3,4%	14,6%	18,4%
MAR	10.732	11.029	10.909	11.708	2,8%	-1,1%	7,3%	6,2%
ABR	9.654	9.504	9.464	10.844	-1,6%	-0,4%	14,6%	14,1%
MAI	10.189	10.215	10.286		0,3%	0,7%		
JUN	10.002	9.623	9.843		-3,8%	2,3%		
JUL	10.162	10.195	10.408		0,3%	2,1%		
AGO	9.855	9.928	10.221		0,7%	3,0%		
SET	9.266	9.321	9.360		0,6%	0,4%		
OUT	9.406	10.313	11.012		9,6%	6,8%		
NOV	9.271	9.706	10.741		4,7%	10,7%		
DEZ	9.381	9.855	11.427		5,1%	16,0%		
Total ano	118.126	120.579	126.000		2,1%	4,5%		
Total 1º trim	30.940	31.919	33.238	36.788	3,2%	4,1%	10,7%	15,3%
Total 2º trim	29.845	29.342	29.593		-1,7%	0,9%		
Total 3º trim	29.283	29.444	29.989		0,5%	1,9%		
Total 4º trim	28.058	29.874	33.180		6,5%	11,1%		

É importante considerar PE quando refere que *o número de doentes que temos no Serviço de Urgência é substancialmente maior do que as capacidades, para as quais esta Urgência foi pensada.*

Grelha de análise 16: Categoria “Adequabilidade do equipamento”

Categoria	Unidades de Registo
Adequabilidade do equipamento	<i>...existem certos equipamentos que deveriam ser reforçados, ...cadeiras de rodas e macas. UA</i>
	<i>...sim. UB</i>
	<i>...estava lá muita gente, pelos corredores, faltava macas. Toda a gente se queixava, ...UC</i>
	<i>Não, faltam macas., ...dei a minha maca para uma senhora, que estava pior do que eu. UD</i>
	<i>...estão sempre cheias, claro que o equipamento nunca é o suficiente. UE</i>
	<i>...há falta de materiais, macas... UF.</i>
	<i>Não. UG</i>

31 Fonte: Ministério da saúde (2007c)

Categoria	Unidades de Registo
	<p>...não há cadeiras de rodas ou macas disponíveis. ...é preciso uma maca e tem de vir outra de outro lado. Temos sempre de estar à espera de qualquer coisa, para ser atendido. UG</p> <p>...é o suficiente. UH</p> <p>Não. Houve uma vez que tive de sair da minha maca (e eu não estava nada bem) para dar a outro doente, que estava ainda pior. UI</p> <p>...falta muita coisa. Nunca há cadeira de rodas, nem macas. UJ Não. Existem alguns que eu não sei. UJ</p> <hr/> <p>Tirando um ou outro caso particular ...eu acho que sim que o equipamento é o adequado. PA</p> <p>Nós temos falta neste momento de macas, cadeiras de rodas ...Fora as macas e cadeiras de rodas, creio que o equipamento disponível é o suficiente. PB</p> <p>Deve haver mais equipamentos. Não só a nível informático, mas também em relação ao equipamento médico. ...não é o suficiente. O material existente deveria estar adaptado em termos do padrão de quantidade. PC</p> <p>Não, não são. PD</p> <p>Acho que não, porque o número de doentes que temos no Serviço de Urgência é substancialmente maior do que as capacidades, para as quais esta Urgência foi pensada. PE</p> <p>Se calhar, porque muitos hospitais de retaguarda fecharam e isso aumenta consideravelmente o número de utentes que nós temos. E, muitos destes utentes graves, com necessidade de monitorizações permanentes., torna-se muito difícil, ter esta vigilância adequada à situação clínica do doente. PE</p> <p>...sempre pelo volume de doentes que recorrem neste momento ao Serviço de Urgência. PE</p>

Existe um equilíbrio entre as narrativas dos utentes e dos profissionais, onde as descrições se completam umas às outras. Verificamos, mais uma vez um conhecimento profundo da organização, demonstrado pelos utentes.

7. LEALDADE

Actualmente, não existe concorrência entre instituições do SNS, nem os cidadãos possuem grandes alternativas de optar por uma ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde (Faria, 2005).

Para Johnston & Clark (2002) o grau segundo o qual o cliente tem liberdade de escolha ou está dependente do serviço, procede principalmente da natureza da organização.

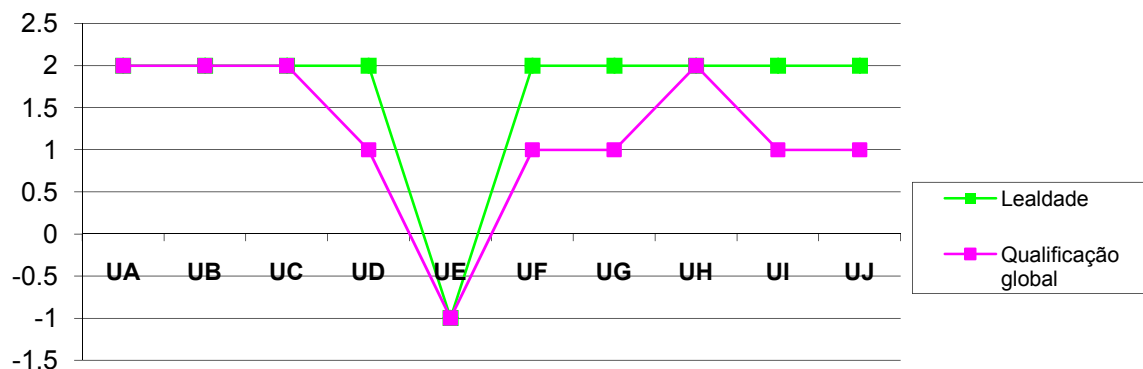
Para os autores, tornar os clientes verdadeiramente “leais”, pressupõe que esses clientes estejam “totalmente satisfeitos”. Apenas satisfazer os clientes não os torna “leais”.

7.1. RECOMENDAR O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O nosso objectivo com esta categoria foi discriminar os níveis de satisfação. Ou seja, os utentes podem estar bastante insatisfeitos com os cuidados, no entanto mantêm-se leais ao serviço, porque não têm opção.

A análise a esta categoria surpreendeu-nos, porque mesmo as vozes mais críticas na avaliação do su, referiam que *Recomendava,..* (UJ). Como verificamos no Gráfico 9: “Satisfeito” – 1 e “Totalmente satisfeito” – 2.

Gráfico 9: Relação entre a *Lealdade* e *Qualificação global* do SU



Neste caso, o nível de satisfação pela qualidade do SU, não interferiu totalmente na lealdade dos utentes.

Grelha de análise 17: Categoria “*Recomendar o SU*”

Categoria	Unidades de Registo
Recomendar o SU	<i>Sim. UA</i>
	<i>Sim. UB</i>
	<i>Recomendo. UC</i>
	<i>Recomendo. Claro que há alturas piores. UD</i>
	<i>...as “pulseiras” menos graves funciona muito mal. ...ficam muito tempo à espera, e ultrapassa os tempos que estão nos cartazes....para as “pulseiras” mais graves funciona muito bem. UD</i>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Não. UE</i></p> <p><i>Recomendava ... UF</i></p> <p><i>...recomendava porque já recorri a vários sítios do país e sei o que é que se está a passar. Não é dos piores, não é. Há bem piores. UG</i></p> <p><i>Sim. UH</i></p> <p><i>Sim. UI</i></p> <p><i>Recomendava,... já foi pior. UJ</i></p>
	<p><i>Recomendava, acho que sim! PA</i></p> <p><i>... recomendaria. PB</i></p> <p><i>Recomendava. PC</i></p> <p><i>Recomendava. PD</i></p> <p><i>Sem sombra de dúvida. PE</i></p>

Todos os profissionais são unânimes, ao considerarem que recomendariam este serviço. Havendo uma simetria nas narrativas de ambos os grupos.

8. QUALIDADE GLOBAL

A satisfação é o grau no qual as expectativas dos cuidados foram percebidas pelos utentes, como tendo sido realizadas (Lourenço, 2004). Trata-se de uma avaliação cognitiva à estrutura, processo e resultado do serviço. Esta avaliação resulta da comparação das características principais da experiência e de padrões subjectivos (Cleary & McNeil, 1988).

Para Cabral *et al.* (2002) a satisfação dos utentes é decisiva para a qualidade e eficiência dos cuidados pelos seguintes factores:

- Há maior probabilidade de os doentes levarem até ao fim, o tratamento prescrito;
- Fornecerem informações importantes aos profissionais de saúde;
- Fidelização aos profissionais de saúde que o trataram.

8.1. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE

Hordacre *et al.* (2005) realizaram um estudo a 2620 australianos acerca da satisfação com as instituições de saúde, concluindo que na generalidade os doentes estão satisfeitos. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, que citámos na Parte 1.

Apesar de haver grandes diferenças económicas, sociais e culturais, Portugal apresenta resultados semelhantes, em estudos idênticos.

No nosso estudo, tanto os profissionais, como os utentes apresentaram uma avaliação positiva do SU. O que vai ao encontro dos estudos consultados. Para Cabral *et al.* (2002: 237) *Embora estes serviços [Urgência] sejam susceptíveis de provocarem insatisfação nos pacientes por toda uma série de factores próprios das emergências médicas, a verdade é que a esmagadora maioria dos inquiridos (71%) afirma ter ficado satisfeita ou bastante satisfeita (...) contra apenas 12% que fazem uma avaliação negativa.* Paúl *et al.* (1999), no seu estudo, o SU foi considerado Razoável para 50 % dos inquiridos e Bom para apenas 14%.

Detectámos níveis de satisfação positivos, no grupo 1: *Não tenho razão de queixa nenhuma. ...fui sempre muito bem tratada* (UH).

Para os profissionais foi avaliado como *um Bom Serviço* (PA).

Porém, a cada qualificação dada, o profissional acrescentou *Poderia funcionar melhor, há coisas que poderia melhorar, ...*(PB).

Essencialmente, o maior problema apontado, *é o excesso de procura. ...sobrecarregamos o serviço com falsas urgências*, (PA), sendo este facto impulsionador para *... o “Tempo de espera”... desperdiçamos muitos dos recursos a atender as falsas urgências. Mas, isto tem a haver com o consumismo, que não é um problema da “nossa” Urgência, mas é um problema das Urgências em geral* (PA).

Na mesma linha, PC refere que *poderia ser melhor, porque há um número insuficiente de pessoas a trabalhar...* Para nós esta afirmação vai ao encontro de PA, uma vez, que se não houvesse as falsas urgências, todos os recursos estavam canalizados para as urgências.

Grelha de análise 18: Categoria “Percepção da qualidade”

Categoria	Unidades de Registo
Percepção da qualidade	<p><i>Bom. UA</i></p> <p><i>Bom. UB</i></p> <p><i>Bom. UC</i></p> <p><i>Bom. UD</i></p> <p><i>...não é Mau é um bocadinho a acima do Mau. UE</i></p> <p><i>...aceitável. UF</i></p> <p><i>É suficiente. Não é medíocre, porque existem lá médicos e enfermeiros bons. Podia ser melhor. UG</i></p> <p><i>...é Bom. Não tenho razão de queixa nenhuma. ...fui sempre muito bem tratada. UH</i></p> <p><i>É suficiente. Podia ser melhor, se as pessoas dessem mais atenção aos doentes. UI</i></p> <p><i>Podiam ser mais educados. ... UJ</i></p> <p><i>Não é Bom mas também não é mau, porque já foi pior. UJ</i></p>
	<p><i>Acho que é um serviço Bom. Muito bom não, mas se calhar, também não temos Serviços de Urgência com “Muito Bom”. PA</i></p> <p><i>...é um Serviço bem equipado e um Serviço moderno. PA</i></p> <p><i>... há uma boa prestação de cuidados. Pode não ser Muito Boa, mas é “Boa”. Porque os profissionais são competentes. PA</i></p> <p><i>...que nos limita, um bocado, é o excesso de procura. ...sobrecarregamos o serviço com falsas urgências, e quando temos de dar resposta à verdadeira urgência acabamos por encontrar dificuldades. PA</i></p> <p><i>...o que as pessoas mais se queixam é o “Tempo de espera”... desperdiçamos muitos dos recursos a atender as falsas urgências. Mas, isto tem a haver com o consumismo, que não é um problema da “nossa” Urgência, mas é um problema das Urgências em geral. PA</i></p> <p><i>Tirando estas particularidades, acho que é um Bom Serviço. PA</i></p> <p><i>Em comparação com outros Serviços de Urgência, é inacreditável como os nossos utentes exigem coisas que em outros locais não as há. PB</i></p> <p><i>Aqui neste Serviço a satisfação do utente é uma preocupação ... PB</i></p> <p><i>Poderia funcionar melhor, há coisas que poderia melhorar, ... PB</i></p> <p><i>... é um Bom Serviço. PB</i></p> <p><i>...serviço com alguma qualidade, no que respeita a instalações. PC</i></p> <p><i>...equipamento é um serviço razoável. PC</i></p> <p><i>...profissionais no global, é satisfatório, poderia ser melhor, porque há um número insuficiente de pessoas a trabalhar... PC</i></p> <p><i>Considero um bom Serviço de Urgência. PD</i></p> <p><i>Bom. PE</i></p>

Quando pedimos a utentes e profissionais, para qualificar o SU, obtivemos dados positivos, mas os profissionais foram mais unânimes. Na interpretação a estes resultados, depreendemos que os profissionais baseiam a sua avaliação, em termos técnicos e nos sucessos terapêuticos que conquistam.

9. REORGANIZAÇÃO DO CONTEXTO

9.1. REESTRUTURAÇÃO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Para a categorização da *Reestruturação ao serviço de urgência*, pedimos aos entrevistados que sugerissem algumas alterações ao SU, de modo a melhorar a sua qualidade.

Encontrámos uma série de sugestões feitas pelos utentes, que tentámos agrupar no Quadro 22.

Quadro 22: Tipologia das sugestões por participante

SUGESTÕES	Participante
Reorganização das instalações	UG
Aumento de profissionais	UE; UJ
Reorganização do processo	UC; UF; UG;
Respeito tempos de espera	UD; UF; UJ
Reforço equipamento	UA; UD; UI
Melhoria dos sistemas informativos	UD
Melhoria do desempenho relacional	UE; UI

Os profissionais sugeriram aspectos técnicos, da estrutura organizacional do SU. Dos cinco entrevistados, quatro referiram que é essencial a *reorganização do espaço físico* (PD). *Estas barreiras são uma grande complicação, ...tudo seria mais fácil, e mais*

operacional (PA). Este problema coloca-se uma vez que o *Serviço é muito grande, em que alguns locais nomeadamente a Decisão Clínica e a Inaloterapia, que estão à mercê de quem passa no corredor, deveriam ser fechadas, ou então, as barreiras das paredes serem deitadas a baixo* (PB).

Esta necessidade não foi preocupação expressa pelos utentes.

Para PB os utentes *reclamam muito, em relação ao Tempo de Espera*, no entanto este facto poderia ser gerido através de *um placar informativo, ...de forma a gerir as expectativas deles*. Assim, quando entrassem no SU, *já deveriam estar a contar com o tempo que têm de esperar, de acordo com a cor atribuída. ...Grande parte das reclamações advém, porque os utentes não são esclarecidos*.

Paúl (1999) defende que o *Tempo de espera* é claramente agravado pela imprevisibilidade relativa ao decurso da consulta e pela ausência de informação, que numa situação de crise gera um elevado nível de ansiedade.

Consideramos, que a sugestão de PB seria facilitadora de atitudes e promoveria a qualidade do serviço, aumentando o nível de satisfação dos utentes e dos acompanhantes, uma vez, que as melhorias nos tempos de espera foram também sugeridas pelos utentes: *Respeitar o “Tempo de Espera”*...(UD).

Para Cabral *et al.* (2002), o trabalho de estabilização das expectativas, permitiria a interiorização por parte dos utentes, das limitações dos serviços de saúde cuja oferta não consegue dar plena resposta a uma procura cada vez maior, mais diferenciada e mais complexa. Esta estabilização das expectativas, pode permitir que os utentes incorporem factores débeis aceitáveis na avaliação do desempenho do serviço.

Grelha de análise 19: Categoria “Reestruturação ao SU”

Categoria	Unidades de Registo
Reestruturação ao SU	<p><i>...só mesmo o reforço de equipamento. UA</i></p> <p><i>...não tenho razões de queixa. UB</i></p> <p><i>As pessoas têm de ver se a sua situação é suficientemente grave para ir ao Hospital (mas isto cabe às pessoas). ... UC</i></p> <p><i>Não tenho nada a apontar, ... UC</i></p> <p><i>Aumentar o número de macas. UD</i></p> <p><i>Respeitar o “Tempo de Espera” das pulseiras menos graves. UD</i></p>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>Os médicos demonstrarem um pouco mais de respeito pelas informações que os doentes trazem de fora. UD</i></p> <p><i>...pôr mais pessoal. UE</i></p> <p><i>Os médicos deviam ser mais simpáticos e mostrar interesse pelos doentes. UE</i></p> <p><i>Não ...ter os doentes pelos corredores. UF</i></p> <p><i>As pessoas acumulam-se ali à entrada da sala, que não me parece nada bem aquilo, é uma coisa desumana. UF</i></p> <p><i>Nos “Verdes” a espera é muito maior mas há mais fluidez no serviço. UF</i></p> <p><i>...a dimensão do serviço de Urgência. É pequena, para o movimento que tem. Temos que levar com outro doente ao lado, sem uma divisória, sem nada. UG</i></p> <p><i>...mais resposta de serviços de análises, ...os doentes vão acumulando e vão cada vez chegando mais. UG</i></p> <p><i>Poderia haver mais organização, e talvez assim os profissionais conseguissem ser mais atenciosos. É o que falta também. UG</i></p> <p><i>Eu não tenho razão de queixa ...Está o suficiente para tratar os doentes. UH</i></p> <p><i>Os médicos e os enfermeiros deviam ser mais simpáticos. UI</i></p> <p><i>...haver mais cadeiras de rodas e macas. UI ...ser mais educados e falar com os doentes. UJ</i></p> <p><i>Não devíamos estar lá dentro tanto tempo à espera. UJ</i></p> <p><i>Deviam ter mais especialistas para não termos de ir para Coimbra. UJ</i></p>
	<p><i>Alteraria as barreiras arquitectónicas, o que é um bocado difícil depois de ter o edifício feito. Estas barreiras são uma grande complicação, ...tudo seria mais fácil, e mais operacional. PA</i></p> <p><i>...uniformizaria todo o equipamento que nós utilizamos. PA</i></p> <p><i>...em relação aos profissionais. ...deveríamos aumentar o tempo de integração (estou a falar de profissionais de enfermagem). Claro, que isto não depende de mim, mas das hierarquias (o conselho de administração). PA</i></p> <p><i>...deveríamos apostar mais na formação. ...formação prática vocacionada, para a formação em serviço. PA</i></p> <p><i>As questões da relação que estão sempre patentes ...nem sempre é possível ter uma boa relação com tanta rotatividade, ...Ter uma boa relação entre equipas é muito bom para a prestação de cuidados. ...se tivéssemos uma equipa de cinco pessoas a trabalhar haveria uma dinâmica, mas estamos aqui a falar de dezenas, ou centenas de pessoas no mesmo Serviço, ... PA</i></p> <p><i>A parte médica poderia ser muito mais produtiva em termos de tempos. O controle do Tempo de Espera ...em relação à falta de decisão médica, deveria ser muito mais apertada e ser controlado... PB</i></p> <p><i>As regras estipuladas pela Direcção do Serviço de Urgência, têm que ser urgentemente definidas e únicas. ...é um Serviço muito grande, em que alguns locais nomeadamente a Decisão Clínica e a Inaloterapia, que estão à mercê de quem passa no corredor, deveriam ser fechadas, ou então, as barreiras das paredes serem deitadas a baixo. PB</i></p> <p><i>Em todos locais, em termos de enfermagem, deveria ter um rácio no mínimo de dois. PB</i></p> <p><i>...eles [os utentes] reclamam muito, em relação ao Tempo de Espera, se houvesse um placar informativo, ...de forma a gerir as expectativas deles. ...quando entram, já</i></p>

Categoria	Unidades de Registo
	<p><i>deveriam estar a contar com o tempo que têm de esperar, de acordo com a cor atribuída. ...Grande parte das reclamações advém, porque os utentes não são esclarecidos. PB</i></p> <p><i>O serviço informativo deveria ser realizado não por uma pessoa que não tem um curso de base nem de medicina, nem de enfermagem, ... PB</i></p> <p><i>Da parte, da direcção de Enfermagem e da parte da direcção Médica, deveria haver uma união, ... PB</i></p> <p><i>...deveria haver um rácio adequado de médicos, enfermeiros e auxiliares que não se está a verificar, para poder ter todos os espaços a funcionar. ... PC</i></p> <p><i>Haver mais enfermeiros e auxiliares, ...Por vezes, um doente necessita de um ou dois enfermeiros, e nós não conseguimos ter isso. PC</i></p> <p><i>Ao nível, dos auxiliares verifica-se a mesma coisa. O rácio por sala deveria ser revisto. PC</i></p> <p><i>...é importante pensarmos na reorganização do espaço físico. Atendendo às limitações que temos em termos de recursos humanos, ...PD</i></p> <p><i>Temos que insistir na reorganização do espaço, de maneira que permita a acessibilidade do doente, de uma forma mais eficaz e mais segura. PD</i></p> <p><i>...fosse criada uma equipa de médicos que trabalhasse só e simplesmente no Serviço de Urgência. ...uma equipa de médicos a trabalhar só na Urgência. ...Acho que a fluidez do Serviço era muito maior se isso acontecesse. PE</i></p>

Antevíamos, que nesta categoria iríamos encontrar, nas unidades de registo dos utentes, sugestões ao nível do desempenho relacional e os profissionais dariam pistas com bases práticas e processuais do serviço. No entanto, se neste último caso, as nossas previsões se confirmaram, o mesmo não se passou em relação ao grupo 1.

Constatamos, que os utentes sugeriram várias medidas com conhecimentos técnicos, indo ao encontro das posições reestruturantes, citadas pelos profissionais. Deduzimos na análise às respostas dos grupos, que os utentes consideram principalmente, os aspectos relacionais da prestação dos cuidados. O grupo 2, atendendo possivelmente ao facto de que conhece bem a realidade, e as ferramentas de trabalho, forneceu informações técnicas.

9.2. APROPRIAÇÃO DO MODELO À REALIDADE

De acordo com Paúl *et al.* (1999), a ideia de que a qualidade corresponde à satisfação das reais necessidades e expectativas dos utentes, dificilmente corresponde ao que os profissionais de saúde entendem por qualidade. Na mesma lógica, na perspectiva de

mercado, há critérios, que definem padrões de qualidade, nem sempre compatíveis com os requisitos e o que esperam os clientes.

Alegando a opinião dos autores supracitados, optámos por questionar apenas os profissionais acerca da categoria *Apropriação do modelo à realidade*, dado o teor técnico da pergunta.

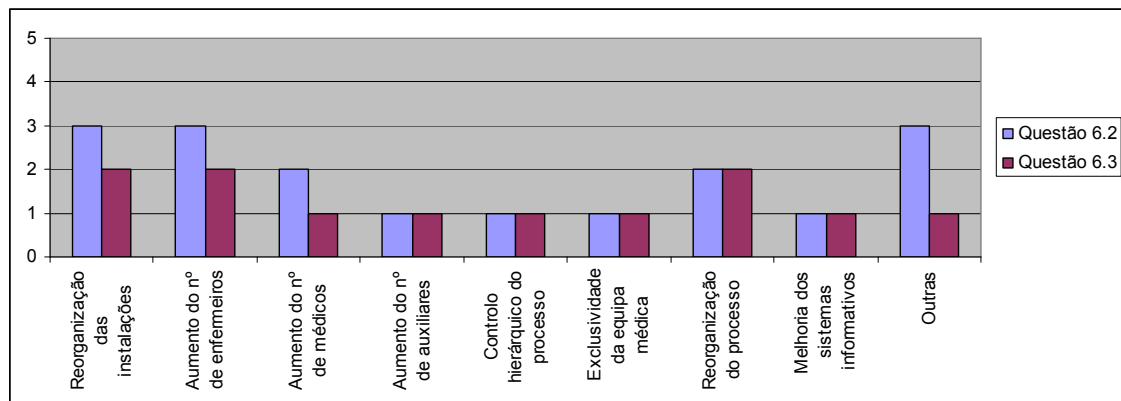
Procurámos compreender se o modelo preconizado era compatível com a realidade actual.

Todos os participantes responderam *Não, acho que não*. (PE). Ao mesmo tempo que procuraram fornecer justificações para esta tomada de posição, apontando várias questões.

Da análise às unidades de registo, depreendemos que os participantes aproveitaram esta última pergunta, para reforçarem sugestões (que haviam exposto na pergunta anterior), ou para introduzir novas referências para apropriação do modelo.

Optámos por agrupar as unidades de registo da questão 6.2 e da questão 6.3, em Gráfico 10, para melhor análise.

Gráfico 10: Sugestões do grupo 2 apresentadas para a questão 6.2 e 6.3



As sugestões apontadas vão ao encontro das propostas para *uma maior humanização dos hospitais* (Paúl *et al.*, 1999: 55), tal como passamos a analisar.

Para PA *em relação aos profissionais*. ...deveríamos aumentar o tempo de integração (estou a falar de profissionais de enfermagem). Claro, que isto não depende de

mim, mas das hierarquias (o conselho de administração); ...deveríamos apostar mais na formação. ...formação prática vocacionada, para a formação em serviço. De acordo com os autores supracitados, a **Formação dos recursos humanos** é a primeira proposta para humanização dos hospitais.

A segunda proposta, **Maior eficácia**, entra em concordância com o que é proposto por PB (6.2), *A parte médica poderia ser muito mais produtiva em termos de tempos. O controle do Tempo de Espera ...em relação à falta de decisão médica, deveria ser muito mais apertada e ser controlado...* PE (6.2) sugeriu que *...fosse criada uma equipa de médicos que trabalhasse só e simplesmente no serviço de urgência. ...Acho que a fluidez do serviço era muito maior se isso acontecesse. ...* Esta realidade proposta por PE, não é comum nas Urgências portuguesas, mas já existe no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira.

O Hospital de São Sebastião (HSS) é um hospital geral, dotado de um modelo de gestão inovador, que lhe permite a utilização de meios maleáveis e adequados de contratualização em função das actividades e o estabelecimento de incentivos aos profissionais.

O SU do HSS tem uma equipa médica, composta por internistas e clínicos gerais, que fazem o diagnóstico do doente. Na retaguarda, em regime de chamada, existe um conjunto de especialidades médicas. Não há obrigatoriedade de trabalhar no SU. Este é então um serviço, designado de urgência profissionalizado inovador, uma vez que nos restantes hospitais, os SU são assegurados por uma parte significativa do quadro clínico do hospital. Este tipo de gestão permitiu obter melhoria na prestação de cuidados (Rodrigues, 2005b).

PE salientou *Tem de facto de haver alterações a nível das equipas médicas. ...quem trabalhe num serviço de urgência, e trabalhe só a tempo inteiro, trabalha cá porque quer, e tem uma motivação completamente diferente, de quem vem cá uma vez por semana...*

A terceira proposta, **Mudanças estruturais do sistema**, é reconhecida por PA, o SU, *deveria ser dividido em dois. Um, para atender os “Azuis e Verdes”, que poderiam ser atendidos num Centro de Saúde ou num consultório. Outro, que seria uma verdadeira Urgência para os casos de urgência. A prestação de cuidados urgentes seria muito melhor,*

haveria muita melhor qualidade, muito melhor resposta e rapidez na resposta, do que assim.

Mais uma vez, referimo-nos ao HSS para compreender a sugestão de PA. O SU do HSS está dividido em duas áreas: emergência e SAP (extensão do centro de saúde). Os enfermeiros após a triagem direccionam os utentes para uma destas áreas. Esta inovação, implementada pelo HSS, definiu melhorias no desempenho do Serviço (Rodrigues, 2005b).

Cabral *et al.* (2002: 183) confirmam que *em larga medida, cerca de 25% a 50%, dos utilizadores que recorrem ao serviço de urgência, o faz sem necessidade absoluta.* Este recurso é explicado por insuficiências de funcionamento dos centros de saúde, mas também por estratégias desenvolvidas por determinados grupos com o objectivo de *curto-circuitarem a estrutura do sistema de saúde público.* Para os autores, pode mesmo inferir-se um certo efeito de *self-fulfilling prophecy* dos discursos anunciados nos *media*, acerca das listas de espera na Saúde, e que poderão incutir o recurso ao SU, para serem atendidos mais rapidamente.

A quarta proposta ***Informação ...quer particular na relação do utente com os profissionais***, é descrita no argumento de “*Melhoria dos sistemas de Informação*”.

No mesmo âmbito, procurando responder às necessidades dos utentes e dos seus acompanhantes, PB sugere alterações no serviço informativo: *O serviço informativo deveria ser realizado não por uma pessoa que não tem um curso de base nem de medicina, nem de enfermagem, ...*

O serviço informativo do SU tem por objectivo informar os acompanhantes acerca dos cuidados, exames complementares de diagnóstico, tratamentos, que estão a ser efectuados ao utente, assim como a sua evolução. Fica situado na sala dos acompanhantes, funcionando das 9h às 23h e é realizado por um funcionário administrativo.

Pela observação que efectuámos a este Serviço, constatámos que é muito solicitado pelos acompanhantes, no entanto tanto na análise das entrevistas como das reclamações, não existem registos a apontar. Paúl (1999: 79) também ficou surpreendida, com resultados semelhantes na sua pesquisa, *...tínhamos colocado como hipótese de ser um dos aspectos de avaliação negativa da humanização ..., não surgiu de facto tão valorizada como tínhamos previsto...*

PB sugere...o enfermeiro coordenador poderia ficar responsável para dar informações aos utentes e aos acompanhantes. Se, conseguíssemos um elemento de enfermagem destacado, para dar informações aos utentes e acompanhantes, ... iria ter noção de que realmente está a ser bem informado. Bastava tirar o senhor do [Serviço] Informativo e colocar o enfermeiro. Os HUC e os Covões já funcionam assim, e acho que as coisas boas têm que ser copiadas.

Para Paúl (1999: 81), esta necessidade de informação para com os acompanhantes surge, principalmente, nas emergências, *quer o próprio, quer os seus familiares, encontra-se completamente desprevenidos e vulneráveis, o que torna indispensável a comunicação entre ambos.*

Ao analisarmos a proposta **Atendimento personalizado**, podemos verificar que esta também é, uma preocupação patente nos nossos entrevistados, *...ao nível de enfermagem a equipa deveria ser maior, pelo número de doentes, e para que se pudessem prestar mais cuidados ao doente, e se pudesse estar mais tempo com o doente (PE).*

Para os entrevistados, o número de profissionais, principalmente os enfermeiros, é escasso para as necessidades do Serviço, este facto dificulta a prestação de cuidados de qualidade. A parte técnica não é negligenciada mas a empatia ou o carinho são delegados, não permitindo manter o atendimento personalizado. Deveria haver *mais enfermeiros e auxiliares, ...Por vezes, um doente necessita de um ou dois enfermeiros, e nós não conseguimos ter isso (PC).*

REFLEXÕES FINAIS

No domínio da gestão, observamos que os serviços públicos estão apetrechados de burocracias que limitam o poder. A figura de gestor sugere autoridade, no entanto, verificámos que os nossos entrevistados revelaram inúmeras limitações de acção, mesmo para pequenas mudanças. É importante reconhecer que estes profissionais detêm claro conhecimento dos actores e dos contextos envolvidos, quer do ponto de vista do prestador de cuidados, quer do gestor. Ao estarem no “terreno” identificam os obstáculos, assim, como as potencialidades, podendo eles, constituírem excelentes aliados, para responder às exigências sociais, governamentais e económicas.

Podemos constatar, que os dados revelam afastamento da opinião dos profissionais versus a dos utilizadores, relativamente a vários factores de qualidade. Estes resultados são geralmente explicados pela diferença de nível sociocultural entre a população e os técnicos de saúde (Paúl, 1999).

Todos os utentes entrevistados já tinham utilizado o SU anteriormente, detendo uma familiaridade com o local, e apontando simultaneamente a utilização repetida do SU. Este indicador é bastante importante, uma vez que a utilização do Serviço é feita em circunstâncias que provavelmente sai fora do conceito de Urgência, como é observável no Quadro 23.

Quadro 23: Número de ocorrências verificadas no SU do HIP, no primeiro semestre de 2008³²

Nº total de atendimentos	Nº de atendimentos* de repetição (mais do que três vezes)	Nº total de utentes* que recorreu mais do que três vezes
46058 100%	7573 16,4%	1906 -----

* Apenas foram contabilizados os atendimentos a utentes com menos de 65 anos.

Como pudemos observar, 16,4% dos atendimentos totais, corresponderam a utentes que recorreram ao SU mais do que três vezes. Constatamos, que deste grupo destacaram-se vários utentes com mais de seis atendimentos. Provavelmente, este número aumentaria bastante, se considerássemos também os utentes com mais de 65 anos.

Muitos encaram o SU como uma mera consulta, onde têm a certeza de ser sempre atendidos e onde facilmente são observados por um especialista. Pego (1998), no seu estudo, de avaliação dos Serviços de Urgência, encontrou dados semelhantes, ou seja, são alternativas rápidas e economicamente viáveis. Para Pego (1998) deveriam ser as próprias instituições em coordenação com o poder local, a assegurarem a acessibilidade máxima aos cuidados de saúde primários e promover a sua credibilidade, informando e sensibilizando a população sobre os correctos circuitos a seguir, de modo a obter-se uma modificação de comportamentos e uma utilização racional dos recursos.

³² Dados extraídos do SONHO.

Passados dez anos, do estudo supracitado, a realidade mantém-se equiparável. Também nós, propomos alterações aos acessos dos cuidados de saúde.

Almeida e Rogeiro (2007), realizaram um estudo intitulado “*Os GDH na inapropriação de admissões e de dias de internamento*”, tendo concluído que efectivamente, existem taxas elevadas de inapropriação de admissões hospitalares. Para os autores, A identificação regular destes problemas e de possíveis alternativas, podem promover a qualidade e eficácia dos cuidados de saúde.

Consideramos que mais importante, do que investir nos SU de grande capacidade, será investir e promover os cuidados de saúde primários, junto das populações. Sendo os cuidados de saúde primários, os alicerces do Sistema Nacional de Saúde, não valerá todo o esforço, fortificá-los?

Oferecer incentivos aos profissionais de saúde, nomeadamente aos médicos, que optem por exercer funções nos centros de saúde, poderia ser uma estratégia a considerar. Este tipo de abordagem já é prática no Reino Unido, e tem apresentado bons resultados.

Em 2004, o Reino Unido iniciou um programa, para os médicos de família, que se baseava em “salário por desempenho”. Durante o primeiro ano, os níveis de realização ultrapassaram os previstos pelo Governo. O Serviço Nacional de Saúde compreendeu que a motivação profissional, por si só, não é suficiente para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. O incentivo financeiro, aos profissionais, determina maior probabilidade de influenciar o comportamento profissional. Este programa originou a melhoria sustentada da qualidade dos cuidados. Pressupôs o envolvimento de um leque de prestadores (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo), e exige uma conjugação de outros factores, incluindo objectivos claros, uma boa equipa, e um chefe de equipa pró-activo (Campbell *et al.*, 2007).

Muitos dos utentes, que enchem os corredores da Urgência, nem sempre precisam de cuidados médicos, mas procuram o Serviço por razões mais “humanas”. Buscam atenção, calor, comida ou tomar banho. Esta situação é principalmente evidente nos idosos. Permanecem no Serviço a aguardar que os chamem, normalmente são pouco exigentes, apáticos e confiam nos cuidados prestados.

Paúl (1999) e Pego (1998) também verificarem que existe um uso irregular do SU, para situações que não estão enquadradas para este tipo de Serviço. *As pessoas têm de ver*

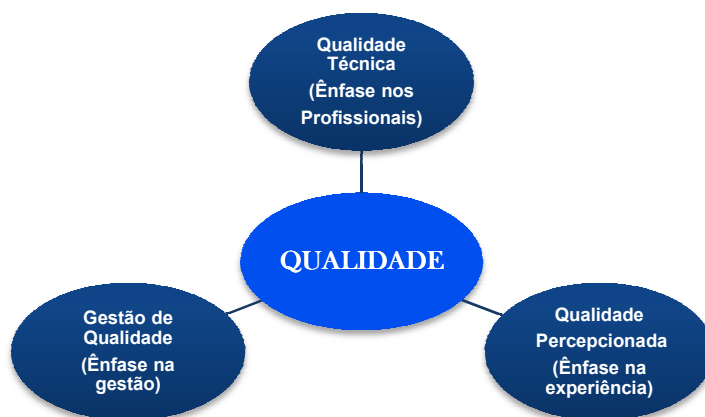
se a sua situação é suficientemente grave para ir ao Hospital (mas isto cabe às pessoas) (UC).

Ao contrário do que antevíamos, a percepção de qualidade do SU é mais optimista na versão dos profissionais. As opiniões dos utentes são no geral muito críticas, e apoiadas no forte conhecimento da estrutura do Serviço.

Provavelmente, obteríamos conclusões completamente diferentes se os utentes entrevistados, apenas tivessem recorrido uma vez ao SU. Ou seja, havia grande probabilidade de encontrarmos níveis de satisfação maiores nos utentes e menores na percepção dos profissionais, indo de encontro aos estudos consultados.

Pudemos concluir, que a qualidade real do Serviço é o somatório das várias “Qualidades” percebidas. Como está esquematizado na Figura 8.

Figura 8: Esquema de percepção da qualidade



Para a construção de sistemas de qualidade, todos os actores têm de ser integrados: administradores, prestadores e receptores de cuidados.

A voz de cada um é importante na elaboração e na implementação de factores indutores de qualidade. Para isto é necessário, que seja instituído sistemas de monitorização de informação para os profissionais (por exemplo, reuniões periódicas de avaliação do serviço).

A qualidade percebida, pelos utentes, teria de ser operacionalizada através de um instrumento sistematizado de colheita de dados.

Propomos ainda, colocar na sala de acompanhantes, um sistema de obtenção de sugestões/ opiniões. Pensamos que este *feed-back*, como complemento ao livro de reclamações, poderia disponibilizar informação relevante.

Um método, para “aumentar” a qualidade, seria gerir as expectativas, através de processos informativos, possibilitando a utentes e acompanhantes, conhecer a estrutura organizacional, com os seus circuitos e limitações. Este método permitia que os utentes compreendessem algumas das dificuldades do processo de serviço, aceitando factores débeis na avaliação do desempenho do serviço.

A nossa pesquisa bibliográfica permitiu-nos também, conhecer outras realidades, com modelos diferentes. Sendo Portugal, um país tão pequeno, não seria difícil a divulgação e implementação de casos de sucesso.

NOTA FINAL

Reconhece-se a saúde como uma necessidade humana com expressão ao nível dos direitos fundamentais, nomeadamente no que respeita à acessibilidade e equidade. A compreensão dos fenómenos de doença e das necessidades individuais, deve abranger, as disparidades sociais, de forma a contemplar a máxima qualidade na prestação dos cuidados.

O envelhecimento da população, a descoberta de novas patologias e a fantástica evolução tecnológica, traduzem pressões diversas, confrontando a gestão de recursos escassos, com as maiores exigências por parte dos consumidores.

A satisfação do utente, ainda que não seja sobreponível à qualidade dos serviços, apresenta-se como um indicador inestimável da qualidade em serviço (Paul *et al.*, 1999).

Na verdade, as instituições de saúde nunca estiveram munidas de tantos meios tecnológicos, técnicos e farmacológicos, para garantir a máxima assistência aos utentes. Mas será que estes avanços traduzem cuidados de saúde de qualidade? Estamos convictos da importância da gestão eficaz da qualidade dos serviços, para o sucesso das organizações. As políticas de gestão necessitam de integrar objectivos e metas, que permitam a implementação de sistemas de avaliação.

A qualidade dos serviços de saúde é actualmente a grande preocupação dos gestores e administradores, com o objectivo de diminuir o défice orçamental e simultaneamente melhorar o desempenho. Por seu lado, os profissionais de saúde estão centrados na especificidade da produção de cuidados de saúde, prescrevendo uma diversidade de carências de recursos humanos e materiais, num quadro de política de saúde social (Paul *et al.*, 1999).

A finalidade das instituições de saúde é garantir aos seus cidadãos a resposta às suas reais necessidades em saúde, face a este pressuposto, devemos perguntar: estão as instituições de saúde preparadas para garantir a produção de cuidados que correspondam às expectativas dos utilizadores?

O conceito de qualidade é definido como *a melhoria contínua dos serviços de forma a satisfazer as necessidades dos diferentes consumidores e ir ao encontro das expectativas de todos os intervenientes e da comunidade* (Monteiro, 2000: 30).

A qualidade caracteriza-se pela heterogeneidade e subjectividade, dada pela visão dos diferentes actores intervenientes no processo. É através da análise do conceito de qualidade do serviço, que se clarificam as necessidades dos clientes e os objectivos do serviço. Assim, o sucesso das medidas de gestão da qualidade passa pelo conhecimento dos requisitos de qualidade do ponto de vista dos clientes e pela sua significação em especificações do processo de serviço. Os investimentos em melhorias de qualidade não se traduzem em retorno consistente a curto prazo, mas apenas a médio/ longo prazo.

As políticas de qualidade devem ser traduzidas em metas e objectivos concretos, sujeitos a medições objectivas e sistematizadas (Pinto, 2003).

É fácil perceber, que a complexidade das situações vividas, bem como a vulnerabilidade que caracteriza os cuidados de saúde, não facilitam a compreensão e a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A perspectiva do utente é considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, como para identificar problemas a corrigir, expectativas em relação aos cuidados e, ainda, reorganizar os serviços de saúde.

Os estudos que documentaram a nossa pesquisa, apresentaram avaliações positivas, relativamente aos níveis de satisfação com os serviços de saúde públicos. Esta realidade não é exclusiva dos portugueses. Cabral *et al.* (2002) realçam que inquéritos semelhantes aplicados a outros países, nomeadamente, Canadá, EUA, Inglaterra, Finlândia e Jugoslávia mostraram que apenas 5% dos participantes, afirmaram estar insatisfeitos com os cuidados médicos.

Ao decidirmos realizar um estudo sobre as percepções de qualidade no SU, prevíamos obter opiniões críticas, ao processo de serviço, que justificassem as avaliações depreciativas generalizadas na população. Paúl *et al.* (1999) e Cabral *et al.* (2002) concluíram que o SU é considerado, o pior serviço dentro do Hospital.

Então, o que significa qualidade em contexto do SU, cujo conteúdo é tão diverso, e tão pouco mensurável? Constituído por inúmeras práticas, com tecnologias de ponta e uma multiplicidade de profissionais, onde cada acto influencia a qualidade de vida do utente. O que significa qualidade quando nos referimos à vida dos indivíduos?

Actualmente, a ideia generalizada difundida pelos *mass-media* sobre a humanização dos cuidados de saúde proporcionados pelos Serviços de Urgência é negativa. Sustentada,

muitas vezes, em casos esporádicos, avaliados apenas por um aspecto e passíveis de viciar a opinião pública, casos que não reflectem o quotidiano, da unidade de saúde, ou seja, os seus sucessos, a escassez de recursos, o esforço dos profissionais, entre outros. Acresce a estas questões, que limitam a avaliação ao SU, vários factores: sobrelotação do serviço, descontentamento de profissionais e de utentes face ao processo, espaço diminuto e um ritmo intenso.

Neste trabalho, procurámos ouvir os intervenientes para conhecer todo o processo e o produto do Serviço. Estabelecemos dois grupos de entrevistados, constituídos por utentes e profissionais de saúde, com funções de gestão no serviço em estudo. Procurámos dar atenção privilegiada a todas as opiniões e ao tratamento qualitativo dos dados, porque as estatísticas revelam carência de informação. Considerámos, que é necessário compreender as percepções, dando espaço às representações dos participantes. Quisemos criar um espaço de opinião. Verificámos que os dados pormenorizam a diferenciação das perspectivas dos utentes e dos profissionais, relativamente à realidade de serviço.

Os utentes caracterizavam-se pela sobreutilização do SU, demonstrando segurança na descrição do contexto. Este facto é indicativo de um uso regular do serviço, percepcionado como alternativa rápida e viável a uma consulta. Existe uma lacuna evidente no acesso aos cuidados de saúde. É fundamental contrariar estas práticas através de regulamentações eficazes de acesso aos cuidados de saúde primários. É necessário que os cidadãos aprendam a utilizar os SU, compreendendo o seu conceito e os seus objectivos e que lhes sejam dadas alternativas credíveis. A correcta racionalização ao acesso à Urgência, permitiria diminuir o número de atendimentos, e distribuir os recursos disponíveis de uma forma mais eficaz.

Na nossa opinião, estes resultados procedem da familiaridade que estes utentes detêm do serviço, permitindo conhecer profundamente a organização. Podemos considerar que são quase tão peritos na estrutura do serviço, como os profissionais.

Verificámos existirem correlações positivas e significativas entre os domínios lealdade e nível de qualidade. De uma forma geral, os utentes e os profissionais avaliaram o SU como bom, mas a percepção de qualidade do SU é mais optimista na versão dos profissionais, o que não vai ao encontro de autores consultados.

Podemos afirmar, que houve consenso relativamente à necessidade de mudança do actual modelo do SU e que esta mudança passa por: 1) aumento do rácio de profissionais, nomeadamente os enfermeiros; 2) reestruturação do espaço físico e 3) mudanças estruturais dos processos.

Foram referidos vários aspectos micro sistémicos que reflectiam preocupações laborais e próprias da categoria profissional do participante. Considerámos todas importantes e válidas, para a construção de um modelo que melhor resposta dê aos cidadãos.

De salientar, que todos os entrevistados do Grupo 2, acumulavam funções de gestão, no entanto nos seus depoimentos, revelam fragilidades de actuação e impotência face à administração hospitalar. Do ponto de vista organizativo, o SU, assim como outros Serviços hospitalares, deveriam obedecer a novos modelos de gestão em que os gestores das unidades (enfermeiro chefe, director clínico) deveriam ter mais autonomia, uma vez que conhecem bem os contextos e os processos do serviço.

A implementação, de sistemas eficazes de avaliação da qualidade, terá de incluir a auscultação da percepção dos profissionais. Existe uma riqueza de informação, de fácil acesso, pela voz de cada profissional de saúde. Considerámos, que deveria existir indicadores empíricos de avaliação sistemática, tornando assim a avaliação verdadeiramente significativa. Este processo podia estar integrado na rotina do Serviço, permitindo encontrar falhas e ao mesmo tempo controlar as medidas de melhoria implementadas.

Neste momento, o meio institucional utilizado para obter opiniões é o livro de reclamações. Pensamos que as opiniões que preenchem este instrumento, são importantes e têm de ser tidas em conta, mas não podem ser um indicativo directo da qualidade do Serviço. Mais importante do que realizar projecções com base no livro de reclamações, será perceber a concepção do serviço e os hiatos que operam no processo. Todos os indicadores são relevantes para a avaliação, mas sempre no conjunto e não avaliados isoladamente.

Convém acrescentar, que as avaliações aqui apresentadas, não podem ser equiparadas àquelas que seriam obtidas através das metodologias intensivas e tecnicamente assistidas, que se aplicam internacionalmente, à avaliação dos cuidados de saúde pelos

utentes. Trata-se essencialmente de um estudo que pode fornecer indicações significativas para a compreensão do relacionamento que os utentes e profissionais mantêm com o SU.

A dimensão dos dados obtidos não nos permite retirar conclusões gerais e substantivas, mas o nosso objectivo também não era esse. Permitiu-nos colher indicações fundamentais sobre a sensibilidade dos utentes e profissionais de saúde do SU do HIP.

Este estudo ampliou a voz de utentes e profissionais do HIP, contribuindo para definir directrizes futuras, na concretização das reformas estruturais do SU.

Ao completarmos este estudo, fica a noção de que havia ainda muito para dizer. Após transcrevermos a opinião de alguns utilizadores do SU, abrimos a porta para novas investigações, que harmonizem com a nossa vontade de ouvir a voz dos utentes mas também dos protagonistas dos cuidados. Acima de tudo ajudar a encontrar meios para humanizar o cuidado, profissionalizando-o.

Apesar de defendermos uma avaliação sistemática do SU, Julgamos que este estudo não pode ser aplicado aos utentes à saída da Urgência. Uma vez que, questionados à saída, os utentes, doentes e após longos períodos de espera, respondem muitas vezes com celeridade, fornecendo dados infíeis (Paúl, 1999).

Na era da globalização da economia e da competitividade, os serviços que quiserem manter-se com sucesso devem adoptar um modelo de gestão que privilegie as práticas que valorizam o utente e incentivem o desempenho dos profissionais.

O desenvolvimento do estudo obedeceu a opções das investigadoras que acarretaram algumas limitações. A primeira, relativa ao facto de se tratar de um estudo de caso e, como tal, os resultados obtidos não poderem ser generalizados a outros SU; para além disso, os dados podem ser incompletos ou dificilmente comparáveis. Outra limitação foi o número de utentes entrevistados, pois pensamos, que apesar de existir o risco de depararmos com alguma sobreposição de dados, em determinadas questões, poderíamos ter encontrado diferentes resultados se tivéssemos uma amostra maior. Identificámos, ainda, como limitação o facto de vários utentes a quem telefonámos, terem recusado participar no estudo. Especulamos, que esta recusa derive do medo que as pessoas têm de represálias, ou porque entendem que é uma “perda de tempo”.

Atendendo às limitações deste estudo, tanto em termos empíricos como em termos operacionais, apresentamos aqui como perspectivas futuras de continuidade desta

investigação, uma análise profunda às expectativas dos utentes de modo a perceber o que pensam e o que esperam.

Por outro lado, entender a importância dos profissionais de saúde na tomada de decisão pelos conselhos de administração, sendo eles portadores de informação, relativa à operacionalidade do processo de prestação de cuidados.

Os aspectos sociológicos, apesar de serem muitas vezes descurados pelos investigadores, são bastante condicionantes na avaliação global. Consideramos que diferentes formas de abordar e tratar esta problemática, determinam respostas diferentes.

Finalizamos este trabalho, com o desejo que as entidades de saúde interpretem a informação, nomeadamente os pontos mais fracos e os mais fortes, da qualidade percebida, e daqui partir para reformas que visem a melhoria da qualidade dos serviços, definindo metas e objectivos direccionados às expectativas dos cidadãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, M. R. T. (1998). **Controlo e Avaliação: culturas diferentes em processo de convergência.** *In: A Avaliação na Administração Pública: Acta Geral do 1º Encontro INA.* INA: Lisboa. 177-189.
- ALBARELLO, L. (1997). **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais.** *Gradiva:* Lisboa.
- ALMEIDA, A.; ROGEIRO, A. (2007). **Os GDH na inapropriação de admissões e de dias de internamento.** *Revista de Saúde Pública:* Lisboa, Vol. 25, nº 1: 63.
- ANTUNES, A. (1999). **Consentimento informado.** *In: Ética em cuidados de saúde.* Porto Editora: Porto. 13-27.
- BILHIM, J. (1998). **Metodologias e técnicas de avaliação.** *In: A Avaliação na Administração Pública: Acta Geral do 1º Encontro INA.* INA: Lisboa. 125-132.
- BISCAIA *et al.* (2003). **Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias.** *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 19(3): 281-289.
- BROWN, K. *et al.* (1995). **Parent satisfaction with services in an Emergency Department located at a Paediatric Teaching Hospital.** *Journal of Paediatrics and Child Health* (Royal Australasian College of Physicians). Vol. 31: 435-439.
- BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1999). **Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** Porto Editora: Porto.
- CABRAL, M. V. *et al.* (2002). **Saúde e Doença em Portugal.** *Imprensa de Ciências Sociais:* Lisboa.
- CAMPBELL, S., *et al.* (2007). **Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance.** *The New England Journal of Medicine.* Vol. 357:181-190.
- CAMPOS, A. C. (2008). **Reformas da Saúde: O fio condutor.** Almedina: Lisboa.
- CARDOSO, L. S. (1998). **Avaliação da qualidade do atendimento no serviço público: caso do serviço telefónico internacional.** *In: A Avaliação na Administração Pública: Acta Geral do 1º Encontro INA.* INA: Lisboa. 313-320.

- CARDOSO, C. O. M. G. (2004). **O Estado da saúde em Portugal, uma análise por NUTS III, para 1991 e 2001**. Coimbra: Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia. Dissertação de Mestrado.
- CARPENTER M.; STREUBERT, D. (2002). **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. *Lusociência*: Loures.
- CARR-HILL, R. A. (1992). **The measurement of patient satisfaction**. *Journal of Public Health Medicine*. Oxford. Oxford University Press. Vol. 14, 236-249.
- CARVALHEIRA, M. A. S. (2003). **A Satisfação do Utente no Serviço de Consulta Externa do Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro: Estudo da satisfação dos utentes da consulta externa de Oftalmologia e Ortopedia**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa: Instituto superior de Economia e Gestão. Dissertação de Mestrado.
- CARVALHO, A. S. (1992). **Crónica do Hospital de Todos os Santos: V Centenário da Fundação do Hospital de Todos os Santos 1492-1992**. HCL: Lisboa.
- CARVALHO, R. (1998). **Avaliação de serviços públicos**. In: **A Avaliação na Administração Pública: Acta Geral do 1º Encontro INA**. INA: Lisboa. 191-196.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). **Saberes e Poderes no Hospital: uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. *Edições Afrontamento*: Porto.
- CLEARY, P.; McNEIL, B. (1988). **Patient satisfaction as an indicator of quality of care**. *Inquiry*: 25. 25-36.
- COVEY, S. R. (1999). **The Hospital, Lidership and Rools**. *Namara Trend*: London.
- CRES (1998). **Recomendações para uma reforma estrutural**. Porto.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003). **Portugal Saúde: Indicadores básicos 2000**. Lisboa.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2008). **Saúde 24**. www.dgs.pt. (Consulta realizada em 08.12.2008)
- DIONISIO, I. L. *et al.* (1995). **Expectativas dos Utentes de Cuidados de Saúde Primários face aos Cuidados de Enfermagem**. *Enfermagem em Foco – SEP*: Lisboa. Nº 18, 38-43.

ESPERIDIAO, M.; *et al.* (2005). **Avaliação da satisfação dos usuários.** *Ciência saúde coletiva*. V. 10 supl., 303-312. ABI/INFORM (. (Consulta realizada em 12.02.2007).

FACHADA, M. O. (1991). **Psicologia das Relações Interpessoais.** *Rumo*: Lisboa.

FARIA, A. J. S. (2005). **As opiniões dos doentes sobre os cuidados de enfermagem.** Coimbra: Universidade de Coimbra: Faculdade de Economia. Dissertação de Mestrado.

FARIAS, M. C. C. (2006). **Contributos do *benchmarking* para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem.** Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

FERREIRA, P.L. e SECO, O. M. (1993) **Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.** *Revista crítica de Ciências Sociais*.159-172.

FLICK, U. (2002). **Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa.** *Bookman*: Porto Alegre.

FORTIN, M. F. (1999). **O Processo de Investigação - da Concepção à Realização.** *Lusociência*: Loures.

FRANK, L. C. *et al.* (2005). **Wait Time and Satisfaction with Care and Service at a Nurse Practitioner Managed Clinic.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. Vol. 13, nº 10,467-472.

FREDERICO, M.; LEITÃO, M. A. (1999). **Princípios de Administração para Enfermeiros.** *Edições Sinais Vitais*: Coimbra.

GASQUET (2000). **Satisfaction des patients et performance hospitalière.** . www.atmedica.com. (Consulta realizada em 08.01.2008)

GAUTHIER B *et al.* (2003). **Investigação Social - da Problemática à Colheita de Dados.** *Lusociência*: Loures.

GIL, A. C. (1995). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** *Atlas*: São Paulo.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993). **O Inquérito, Teoria e Prática.** *Celta Editora*: Oeiras.

GODINHO, S. C. R. (2008). **A Empresarialização Hospitalar e o seu Impacto - Percepção dos Enfermeiros a Exercer Cargos de Gestão.** Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

GREENE, J. & WEINBERGER, M. (1990). **Patients attitudes toward health care: Expectations of primary care in a clinic setting.** *Social Science & Medicine*: Vol. 30, 811-818.

GREMLER, D.; BITNER, M. J.; EVANS K. R. (1993). **The internal service encounter.** *International Journal of service Industry Management*. 5,2, 34-52 ABI/INFORM (Consulta realizada em 12.02.2007).

GRÖNROOS, C. (2000). **Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach.** *John Wiley & Sons*: England.

GUMMESSON, E. (1987). **Using Internal Marketing to Develop a New Culture – The case of Ericsson Quality.** *Journal of Business and Industrial Marketing*, 2, 3: 23-28. ABI/INFORM (Consulta realizada em 12.02.2007).

HEALEY, J.; MCKEE, M. (2002). **The evolution of hospital systems.** In: HEALEY, J.; MCKEE, M. (Orgs) **Hospitals in a Changing Europe.** *Open University Press*: Buckingham.

HESBEEN, W. (2001). **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** *Lusociência*: Loures.

HIP (2008). **Sistema de auscultação à satisfação dos utentes.** *Função Vital*: Aveiro. Nº5, Julho, 5.

HOPKINS, A; FITZ, P (1993). **Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care.** *RCP Publications*: London.

HORDACRE, A. *et al.* (2005). **Assessing patient satisfaction: implications for South Australian public hospital.** *Australian Health Review*. Nov; 29, 4 ABI/INFORM. (Consulta realizada em 12.02.2007).

INE (1999). **Estatísticas da Saúde - 1998.** *Instituto Nacional de Estatística*: Lisboa.

JOHNSTON, R (1995). **The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers.** *International Journal of Service Industry Management*. V.6, nº 5, 53-68. ABI/INFORM. (Consulta realizada em 12.02.2007).

JOHNSTON, R. & CLARK, G. (2002). **Administração de Operações de Serviço**. Editora Atlas S.A: São Paulo.

LAKATOS, E. e MARCONI, M. (2001). **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4ª ed. Editora Atlas S.A: São Paulo.

LESSARD-HÉRBERT, M.; *et al.* (1990). **Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas**. Instituto Piaget: Lisboa.

LOURENÇO, H. V. (2004). **A Satisfação dos utentes face ao acolhimento**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

MARTÍNEZ, A. M.; *et al.* (2004). **Esperan pacientes y familias aquello que realmente ofrecemos?: expectativas sobre el rol enfermero**. *ROL*: Granada. V. 27, nº9, 19-22.

MEIER, P. & PUGH, E. J. (1986). **The case study: a viable approach to clinical research**. *Research in Nursing and Health*. 9, 195-202.

MELO, F. G. (2005). **Importância da gestão em saúde**. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*: Lisboa. Vol. 23, nº1, 3-4.

MEZOMO, J. C. (2001). **Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos**. Manole: São Paulo.

MINISTÉRIO DA SAUDE (1998). **Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século – orientações para 1998**. IGIF: Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006) **Circular Normativa: Regime de trabalho de horário acrescido – Critérios**. Nº1, 12/01/2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007). **Inspecção – geral das actividades em saúde: Relatório do gabinete do utente – 2007**. www.Portaldasaude.pt. (Consulta realizada em 10.12.2008).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007b). **Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência**. www.dgies.min-saude.pt/recursos/publicacoes/Recomendacoes.Org.Esp.Urgencia.pdf. (Consulta realizada em 21.01.2008).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2007c). **Encerramento de SAP no período nocturno e seu eventual impacto nas urgências hospitalares: ponto de situação sobre encerramento (nocturno) de SAP que antes funcionavam 24h/dia.** www.portugal.gov.pt/259E71A5-5E85-49BE-BD05/0/ImpactoEncerramentoSAPNocturno.pdf (Consulta realizada em 13.12.2008).

MONTEIRO, A. S. (2000). **Qualidade dos cuidados hospitalares: a voz dos doentes.** Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

NEVES, F. et al (2008). **Manual de Acolhimento.** Hospital Infante D. Pedro, EPE: Serviço de Urgência. Aveiro.

NETO, A. J. S. *et al.* (2003). **Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência.** *Servir.* V. 51, nº 5, 214-228.

OECD (2002). **OECD Health Data 2002.** www.oecd.org/health/healthdata. (Consulta realizada em 12.01.2007).

OGDEN, J. (1999). **Psicologia da saúde.** *Manuais universitários 11*: Lisboa.

OLIVEIRA, A. C. (2008). **Gestão estratégica da imagem: imagem do serviço de urgência pediátrica.** *Revista de Investigação em Enfermagem.* Nº 18, 41-52.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.** www.ordemenfermeiros.pt. (Consulta realizada em 21.01.2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos** *Divulgar*: Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). **Conselho de Enfermagem: Do Percorrido e das Propostas.** *Ordem dos Enfermeiros*: Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004). **Qualidade e Produtividade em Enfermagem.** *Ordem dos Enfermeiros*: Lisboa.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000). **Key Informant Survey.** www.who.int/whosis (Consulta realizada em 21.01.2008).

ORVALHO, J. (1998). **A Avaliação da qualidade.** *In: A Avaliação na Administração Pública: Acta Geral do 1º Encontro INA.* *INA*: Lisboa. 311-312.

PARASURAMAN, A; *et al.* (1985). **A conceptual model of service quality and implications for future research.** *Journal of Marketing.* V.49, 41-50. ABI/INFORM (Consulta realizada em 12.02.2007).

PATTON, M. Q. (1990). **Qualitative Evaluation and Research Methods.** *Sage Publications:* Newbury Park.

PAÚL, C. (1999). **A satisfação dos utentes dos serviços de saúde.** *In: Comunidade e Saúde: satisfação dos utentes e voluntariado. Afrontamento:* Porto.13-32.

PAÚL, C.; *et al.* (1999). **Comunidade e Saúde: satisfação dos utentes e voluntariado.** *Afrontamento:* Porto.

PEGO, Z. M. S. M. (1998). **Qualidade dos serviços de urgência: a perspectiva dos utentes.** Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

PEYROT, M *et al.* (1993). **Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services.** *Journal of Health Care Marketing.* Vol. Winter, 24-33

PINTO, S. S. (2003). **A avaliação da qualidade.** *Editorial Verbo:* Lisboa.

PIRES, A. R. (2000). **Qualidade: sistemas de gestão de qualidade.** *Edições Sílabo:* Lisboa.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995). **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – 3ª ed.** *Artes Médicas:* Porto Alegre.

PORTUGAL (1979). Lei n.º 56/79, *Diário da República*, I Série, de 15 de Setembro, 2357-2363.

PORTUGAL (1988). **Lei da Gestão Hospitalar - Decreto-Lei n.º 19/88.** *Diário da República*, I Série, 3.º Suplemento, de 21 de Janeiro, 248(20)-248(23).

PORTUGAL (1993). **Estatuto do SNS - Decreto-Lei n.º 11/93.** *Diário da República*, I Série-A, de 15 de Janeiro, 129-134.

PORTUGAL (1997). **Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital - Relatório Final.** *Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde:* Lisboa.

PORTUGAL (2006). **MINISTÉRIO DA SAÚDE: Despacho nº 725/2007.** *Diário da República*, 2ª série— nº 10. De 15 de Janeiro de 2007, 1123-1124.

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (1992). **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva: Lisboa.

RAPOSO, V. M. R. (1998). **Sistemas de apoio à decisão aplicados à gestão da qualidade: desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de qualidade hospitalar**. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

REIS, V. P. (1999). **O sistema de saúde português: donde vimos para onde vamos**. In: BARROS, P.P.; SIMÕES J (Orgs), **Livro de Homenagem a Augusto Mantas**. Associação Portuguesa de Economia da Saúde: Lisboa. 261-297.

RODRIGUES, A. P. S. (1993). **Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Doutoramento.

RODRIGUES, E. M. V. (2005). **Avaliação de Desempenho dos Enfermeiros e Percepção de Justiça Organizacional**. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.

RODRIGUES, C. C. F. R. (2005b). **Inovação nos serviços: da especificidade do sector à necessidade de abordagens integradoras: o caso particular dos hospitais**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

ROSSEAU, N. & SAILLANT, F. (1999). **Abordagens da Investigação Qualitativa**. Lusociência: Loures.

RUTLEDGE, R. W. & NASCIMENTO, P. (1996). **Satisfaction with HMOs: acessibility issues top list for patients in commercial groups**. *Journal of Health Care Marketing*. Vol. 16, 22-27.

SANTOS, M. R. S. (1993). **Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*: Lisboa. Nº 4, 29-45.

SEIDMAN, I. (1998). **Interviewing as Qualitative Research: a Guide for Researchers in Education and Social Sciences**. *Columbia University*: New York.

SIMÕES, J. (2004). **Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Almedina: Coimbra.

SOUSA, M. A. (1998). **Meios Humanos ao Serviço das Instituições.** *Enfermagem em Foco – SEP*: Lisboa. Nº 29, 34-43.

STANISZEWSKA, S. & AHMED, L. (1999). **The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care?.** *Journal of Advanced Nursing*. V. 29, nº 2. 364-372

VAITSMAN, J. & ANDRADE, G. R. B. (2005). **Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde.** *Ciência saúde coletiva*. V. 10, Nº 3, 599-613. ABI/INFORM (Consulta realizada em 12.02.2007).

VALA J (2003). **A análise de conteúdo.** In: SILVA, A. e PINTO, J. M. (Orgs), **Metodologia das Ciências Sociais.** *Edições Afrontamento*: Porto. 101-128.

VAZ, C. e CATITA, P. (2000). **Cuidar no Serviço de Urgência.** *Nursing*. Nº 148, 14-17.

WIRTZ, J.; BATESON, J. E. G. (1994). **An experimental investigation of halo effects in satisfaction measures of service attributes.** *International Journal of service Industry Management*. 6,3. 84-102. ABI/INFORM (Consulta realizada em 12.02.2007).

YIN, R. K. (1994). **Case Study Research.** *Sage*: London.

YIN, R. K. (2003). **Case Study Research - Design and Methods.** 3ª ed. *Sage Publications Inc*: California.

ANEXOS

ANEXO 1: Guião da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA (utentes)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro, foi elaborado o presente guião de entrevista, para ser aplicado a utentes e profissionais (que exerçam funções no referido Serviço).

Solicitamos a sua colaboração para elaboração deste estudo, de forma clara, objectiva e coerente.

Comprometemo-nos a assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados. A sua colaboração para nós é extremamente importante.

Desde já os nossos agradecimentos.

1. TEMPO DE ESPERA

- 1.1. Relativamente ao tempo de espera, considera que permaneceu muito tempo à espera para ser triado(a) pelo enfermeiro?
- 1.2. Após ter sido triado(a), e lhe ter sido atribuída uma cor, esperou muito tempo para ser observado(a) pelo médico?
- 1.3. Permaneceu no Serviço muito tempo à espera do resultado dos exames complementares de diagnóstico?

2. INSTALAÇÕES

- 2.1. Considera que as instalações do serviço de urgência são adequadas? A privacidade proporcionada é suficiente?

3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1. ENFERMEIROS:

- 3.1.1 Relativamente aos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?
- 3.1.2. Permaneceu o tempo que desejava com os enfermeiros?
- 3.1.3. Na sua opinião, os enfermeiros comunicam com clareza? Demonstram competência?
- 3.1.4. Considera que os enfermeiros inspiram confiança?

3.2. MÉDICOS

3.2.1. Relativame

te aos médicos que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?

3.2.2. Permaneceu o tempo que desejava com os médicos?

Na sua opinião, os médicos comunicam com clareza? Demonstram competência?

3.2.4. Considera que os médicos inspiram confiança?

4. FUNCIONALIDADE

4.1. O equipamento disponível, em geral, é o suficiente para a prestação do serviço?

5. LEALDADE

5.1. Recomendava este Serviço a familiares e amigos?

6. SATISFAÇÃO

6.1. De forma global, qualifique o serviço de urgência?

6.2. Sugira algumas alterações ao serviço de urgência, que ache pertinentes, de modo a melhorar a sua qualidade?

GUIÃO DA ENTREVISTA (profissionais de saúde)
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

No intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados no Serviço de Urgência do Hospital Infante D. Pedro, foi elaborado o presente guião de entrevista, para ser aplicado a utentes e profissionais (que exerçam funções no referido Serviço).

Solicitamos a sua colaboração para elaboração deste estudo, de forma clara, objectiva e coerente.

Comprometemo-nos a assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados. A sua colaboração para nós é extremamente importante.

Desde já os nossos agradecimentos.

1. TEMPO DE ESPERA

- 1.1 Relativamente ao tempo de espera, considera que os utentes estão muito tempo à espera para serem triados pelo enfermeiro?
- 1.2 Após terem sido triados, e lhes ter sido atribuída uma cor, esperam muito para serem observados pelo médico?
- 1.3 Permanecem no Serviço muito tempo à espera do resultado dos exames complementares de diagnóstico?

2. INSTALAÇÕES

- 2.1 Considera que as instalações do serviço de urgência são adequadas? A privacidade proporcionada é suficiente?

3. PROFISSIONAIS DE SAÚDE

3.1. ENFERMEIROS:

- 3.1.1 Relativamente aos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?
- 3.1.2 Os utentes permanecem o tempo que desejam com os enfermeiros?
- 3.1.3 Na sua opinião, os enfermeiros comunicam com clareza? Demonstram competência?
- 3.1.4 Considera que os enfermeiros inspiram confiança?

3.2. MÉDICOS

- 3.2.1. Relativamente aos médicos que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia;
- 3.2.2. Os atendidos permanecem o tempo que desejam com os médicos?
- 3.2.3. Na sua opinião, os médicos comunicam com clareza? Demonstram competência?
- 3.2.4. Considera que os médicos inspiram confiança?

4. FUNCIONALIDADE

- 4.1 O equipamento disponível, em geral, é o suficiente para a prestação do serviço;

5. LEALDADE

- 5.1. Recomendava este Serviço a familiares e amigos?

6. SATISFAÇÃO

- 6.1. De forma global, qualifique o serviço de urgência?
- 6.2. Sugira algumas alterações ao serviço de urgência, que ache pertinentes, de modo a melhorar a sua qualidade?
- 6.3. Ponderando as vantagens e desvantagens considera que o modelo, globalmente, é adequado à realidade e será para manter?

ANEXO 2: Autorização do estudo

ANEXO 3: Transcrição das entrevistas

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 1.1: Relativamente ao tempo de espera, considera que permaneceu muito tempo à espera para ser triado(a) pelo enfermeiro?

Entrevistado	Resposta
UA	Foi relativamente rápido. Nunca estive muito tempo à espera.
UB	Não.
UC	Eu chego lá e sou atendida na hora.
UD	Foi bastante rápido.
UE	Não. Foi rápido.
UF	Não
UG	Não.
UH	Não.
UI	Não.
UJ	Não.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 1.2. - Após ter sido triado(a), e lhe ter sido atribuída uma cor, esperou muito tempo para ser observado(a) pelo médico?

Entrevistado	Resposta
UA	Depende. Em certas situações foi bastante rápido e em outras demorou muito. Claro que teve a haver com a gravidade da situação. Nós já sabemos que demora sempre um bocadinho, mas quando estamos mal demora sempre mais. Eu acho que não está mau.
UB	Não.
UC	Não.
UD	Normal.
UE	Sim. Estive muito tempo à espera.
UF	Não.
UG	Conforme as ocasiões e conforme a cor da fita. Mas já lá estive muito tempo. Os dias em que há muita confusão são o pior. Houve um dia em que até a parte dos “Laranjas” estava tudo muito cheio. Acho que há um pouco de desorganização quando há muita gente. Também não sei se há falta de pessoal. A sala também é pequena. Houve uma vez que fui lá, puseram a maca ao meio e quando dei por ela já me tinha saltado a agulha. Acho que há desorganização.
UH	Não.
UI	Depende do médico que esteja de serviço. Mas normalmente não.
UJ	Depende da cor da “pulseira”. Quando é verde, estamos lá muito tempo.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 1.3. - Permaneceu no Serviço muito tempo à espera do resultado dos exames complementares de diagnóstico?

Entrevistado	Resposta
UA	Não.
UB	Não.
UC	Não. As análises é o que demora mais tempo, mas isso nós já sabemos.
UD	O normal, cerca de uma hora.
UE	Não esperei muito tempo.
UF	Acho.
UG	De todas as vezes que lá vou faço RX e análises. E sim sobretudo das análises. A gente faz, somos logo atendidos. Mas para vir os resultados estamos montes de tempo à espera. Demora muito tempo, muito mais do que uma hora. Tive alturas que foi mais de hora e meia. Quando vão para lá pessoas que não têm noção daquilo que têm, não faz mal. Mas quando vamos para lá com dor e a demora é grande é horrível.
UH	Não. Não tenho razão de queixa nenhuma.
UI	Não é rápido.
UJ	Às vezes, não é sempre igual.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 2.1. - Considera que as instalações do Serviço de Urgência são adequadas? A privacidade proporcionada foi suficiente?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim. Acho que a privacidade é suficiente.
UB	Sim. Privacidade? Não.
UC	Eu acho que sim.
UD	Sim, neste momento sim. Nem por isso. Não o adequado.
UE	As instalações são as suficientes. Não há privacidade.
UF	Razoável. Não, porque o serviço está sempre congestionado e a envolvente tem sempre muitos doentes juntos e aglomerados.
UG	Nem todas as pessoas têm de estar a olhar aquilo que estamos a fazer ou a ter. Não, não há privacidade. Ainda da última vez que lá estive, um senhor urinou-se todo, olhe, eu não tenho de ver isto.
UH	Eu acho que são adequadas. Eu acho que sim.
UI	Sim. Quando há muita gente, não há privacidade.
UJ	Acho que as instalações são boas, mas está sempre tudo cheio. Não.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.1.1. - Relativamente aos enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim, sim, sim. Eu nunca tive razão de queixa relativamente a isso.
UB	Sim, demonstram.
UC	De todas as vezes que lá fui, as enfermeiras têm sido um “amor”. As enfermeiras são todas excelentes.
UD	Foram impecáveis.
UE	Alguns sim, outros não.
UF	O desempenho é aceitável.
UG	Bem. Eu percebo perfeitamente que haja muitos doentes para atender, mas há enfermeiros e médicos que pecam um bocadinho pela simpatia. Podiam ser mais simpáticos. Por acaso não tive grande razão de queixa. Quer dizer, há uma ou outra enfermeira que não fora assim muito atenciosas. E há outros médicos que não são... “está tudo bem, toca a andar” e não há mais nada. É a picar, toca a andar. Não há um cuidado, perguntar “está tudo bem?”. Eu sei que da maneira que há movimento, às vezes é confuso, mas as pessoas pelo menos dessem mais atenção. Há casos e casos. Mas não perdiam nada em dar mais atenção.
UH	São simpáticos e preocupam-se com os doentes.
UI	Alguns. Existem outros que são muito antipáticos.
UJ	Alguns sim. São mais ou menos.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.1.2: Permaneceu o tempo que desejava com os enfermeiros?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim.
UB	Sim. Acho que sim.
UC	Sim, não havia necessidade de estar mais.
UD	Sim.
UE	Sim.
UF	Sim. Foi o suficiente.
UG	Acho que estive o tempo necessário.
UH	Sim, o tempo é suficiente.
UI	Sim.
UJ	Sim. Eles andam sempre a correr.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.1.3. - Na sua opinião os enfermeiros comunicaram com clareza? Demonstraram competência?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim. Também eu, já estou habituada (sou diabética há muito tempo), a lidar com equipas médicas, enfermeiros, e eu por norma tenho o hábito de perguntar. Pessoalmente, acho que tentam ao máximo explicar-nos. Eu também pergunto muito. Sim.
UB	Sim. Sim.
UC	Sim. A linguagem que os enfermeiros utilizam é a deles mas se eu perguntar o que me vão fazer, eles explicam na “minha linguagem”, de forma que eu entenda. Sim, são competentes.
UD	Sim. Sim, bastante competentes.
UE	Sim. Nem todos.
UF	Acho que usam termos técnicos. Demonstram competência.
UG	Considero que são directos e expõem. Mas há pessoas que não compreendem. Há pessoas que ficam em branco, que não entendem o que eles estão a dizer ou a pedir. Alguns demonstram competência. Mas nem todos. Bem mas a maior parte sim.
UH	Sim, são claros. Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

UI	Sim. Mas às vezes também falam coisas que nós não percebemos. Sim.
UJ	Sim. Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.1.4. - Considera que os enfermeiros inspiraram confiança?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim. Também.
UB	Sim. Não tenho razões de queixa.
UC	Sim.
UD	Sim.
UE	Sim.
UF	Sim, confio neles quando estão a tratar de mim.
UG	Alguns não. Há profissionais lá que eu pergunto “Será que é um enfermeiro?”. Às vezes dá a sensação que não é. Às vezes lidam com a gente, como se fossemos uns animais. Mas há outros que não. O cuidado é muito pouco. Deveria estar com o doente e explicar o que vai fazer, não é chegar ao pé do doente, espeta e toca a andar. As pessoas não ficam à vontade. Porque uma pessoa se vai para lá, vai doente e precisa de um pouco de cuidado. Não custa nada, basta dizer “olhe eu vou fazer isto ou vou fazer aquilo”. Vamos para lá e picam de um lado, picam do outro”, sem uma palavra.
UH	Confio nos enfermeiros.
UI	Alguns. Mas não todos.
UJ	Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.2.1. - Relativamente aos médicos que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim, sim.
UB	Sim.
UC	Muito bom.
UD	Às vezes. São medianos.
UE	Nem todos. Depende do médico e se há muita gente. Mas há muitos que não querem saber dos doentes.
UF	Considero que têm um desempenho aceitável.
UG	Os médicos é a mesma coisa. Há médicos simpáticos e há outros que vêem o doente e saem calados, mudos, porque não dizem nada. Há alguns que não vale a pena. Saímos dali sem saber o que tem ou o que não tem. Em relação à simpatia, há uns simpáticos e há outros que não abrem a boca. Nem perguntam “Olhe como se chama?”.
UH	São muito bons. Não tenho razão de queixa.
UI	Nem todos. Existem muitos que não querem saber. Tiram-nos as dores e pronto “vá-se embora!”. Não querem saber se depois temos de lá voltar. Não resolvem o nosso problema.
UJ	Existem lá médicos muito bons, mas às vezes apanhamos cada um. Falam para a gente como se fôssemos animais.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.2.2: Permaneceu o tempo que desejava com os médicos?

Entrevistado	Resposta
UA	Em certas situações, se calhar, talvez devessem passar mais tempo. Mas no meu caso pessoal, quando não estavam médicos, estavam enfermeiros por isso acho que está bem. Acho que em certas situações os médicos deveriam estar mais um bocadinho.
UB	Acho que é o necessário. É aquilo que eles têm que falar e na minha opinião é escusado estar mais tempo com eles.
UC	Isso é muito relativo. Eu acho que se tiver pouca gente, eu acho que dão um bocadinho mais de atenção, mas se tiver muita gente nas Urgências é claro, que tem de ser a despachar. Mas eu acho que dão a tenção e não deixam as coisas a meio.
UD	Sim.
UE	Sim.
UF	Passam pouco tempo com o doente.
UG	Parte das vezes nem dão tempo de expormos toda a nossa situação. Viram-nos as costas e nem há um interesse. Lembra-me, que está ali uma pessoa que está doente, vem o curandeiro, trata e está a andar. Não querem saber pormenores.
UH	Sim.
UI	Sim.
UJ	Não.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.2.3. - Na sua opinião os médicos comunicaram com clareza? Demonstraram competência?

Entrevistado	Resposta
UA	Se calhar usam demasiados termos técnicos. Sim, demonstram competência.
UB	Comunicaram com clareza. Foram competentes.
UC	Sim, acho que sim. Usam alguns termos técnicos, mas é mais entre eles, e pouco com os utentes. Sim.
UD	Acho que hoje em dia há um esforço para se explicar tudo, numa linguagem comum, para os doentes perceberem. São médicos.
UE	Acho que deviam ter mais cuidado com os termos que usam, porque às vezes saímos de lá sem saber o que temos e nem percebemos o tratamento que temos de fazer. Alguns são competentes, outros deviam pensar o que é que andam ali a fazer.
UF	Não. Acho que usam termos técnicos e mesmo eu que percebo, às vezes fico a olhar para eles. Acho que demonstram razoável competência.
UG	Usam muitos termos técnicos. Estes ainda são piores do que os enfermeiros. As pessoas saiem de lá e perguntam “Mas o que é?” . Sim, alguns sim. Outros não mas ...
UH	Sim. Explicam tudo como deve de ser. Sim.
UI	Não. Acho que poderiam tentar explicar-nos melhor o que temos. Às vezes duvido.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

UJ	<p>Sim. Aquilo que eu não percebo, eu pergunto.</p> <p>Não sei se são competentes. Muitos não são.</p>
----	--

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 3.2.4. - Considera que os médicos inspiram confiança?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim.
UB	Sim.
UC	Sim.
UD	Média.
UE	Alguns, mas muitos não.
UF	Alguns inspiram, mas outros não. Às vezes duvido e vou procurar segunda opinião médica.
UG	Nem todos.
UH	Confio nos médicos.
UI	Não. Existem alguns que eu não sei.
UJ	Bem... Alguns. Depende do médico.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 4.1. - O equipamento disponível, em geral, é o suficiente para a prestação do serviço?

Entrevistado	Resposta
UA	Se calhar existem certos equipamentos que deveriam ser reforçados, em relação a cadeiras de rodas e macas. Isto, não porque eu necessitasse, mas em situações que nas minhas vindas à Urgência fui vendo.
UB	Eu acho que sim.
UC	Em relação a esse assunto, a última vez que lá fui, e estava lá muita gente, pelos corredores, faltava macas. Toda a gente se queixava, tanto médicas como enfermeiras. Eu acho que é só isso.
UD	Não, faltam macas. No meu caso pessoal, dei a minha maca para uma senhora, que estava pior do que eu.
UE	As urgências estão sempre cheias, claro que o equipamento nunca é o suficiente,
UF	Comigo nunca se verificou falta de material, mas reconheço que há falta de materiais, macas relativamente a toda a clientela.
UG	Não. Porque parte das vezes as pessoas ficam sentadas cá fora e tantas vezes sem poderem estar em pé. As vezes porque não há cadeiras de rodas ou macas disponíveis. Às vezes é preciso uma maca e tem de vir outra de outro lado. Temos sempre de estar à espera de qualquer coisa, para ser atendido. Realmente há muitos pacientes à espera. É normal que não dêem vazão a isso.
UH	Acho que sim, que é o suficiente.
UI	Não. Houve uma vez que tive de sair da minha maca (e eu não estava nada bem) para dar a outro doente, que estava ainda pior.
UJ	Aquilo está sempre cheio e claro falta muita coisa. Nunca há cadeira de rodas, nem macas.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 5.1. - Recomendava este Serviço a familiares e amigos?

Entrevistado	Resposta
UA	Sim.
UB	Sim. Ainda há pouco tempo estive lá [Serviço de Urgência] com a minha mãe e correu tudo bem.
UC	Recomendo.
UD	Recomendo. Claro que há alturas piores. Há situações em que considero que a Triagem veio ajudar muito. Mas para as “pulseiras menos graves funciona muito mal. Os doentes ficam muito tempo à espera, e ultrapassa os tempos que estão nos cartazes. Mas para as “pulseiras” mais graves funciona muito bem.
EU	Não.
UF	Recomendava aos meus familiares e aos amigos.
UG	Sinceramente, recomendava porque já recorri a vários sítios do país e sei o que é que se está a passar. Não é dos piores, não é. Há bem piores. Lisboa, Leiria é bem pior, ainda mais complicado. Em relação àquilo que eu já passei e que conheço (estive em Lisboa, em Leiria, no Algarve)... No Algarve é horrível. Apesar de tudo, não é dos sítios piores.
UH	Sim.
UI	Sim.
UJ	Recomendava, porque há lá gente boa. E já foi pior.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 6.1: De forma global, qualifique o serviço de urgência?

Entrevistado	Resposta
UA	Bom.
UB	Bom.
UC	Bom.
UD	Bom.
UE	O serviço não é Mau é um bocadinho a acima do Mau.
UF	É um serviço aceitável.
UG	É suficiente. Não é medíocre, porque existem lá médicos e enfermeiros bons. É suficiente. Podia ser melhor.
UH	Eu acho que é Bom. Não tenho razão de queixa nenhuma. Já lá fui muitas vezes e fui sempre muito bem tratada.
UI	É suficiente. Podia ser melhor, se as pessoas dessem mais atenção aos doentes. Afinal ninguém vai para lá porque quer.
UJ	Podiam ser mais educados. As vezes passam por nós e é como se fossemos invisíveis. Vão tomar o café e nós ficamos à espera. Eles têm obrigações. Não é Bom mas é também não é mau, porque já foi pior. Talvez para os meus netos esteja já Bom.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

Questão 6.2: Sugira algumas alterações ao serviço de urgência, que ache pertinentes, de modo a melhorar a sua qualidade?

Entrevistado	Resposta
UA	No meu ponto de vista, só mesmo o reforço de equipamento.
UB	Eu sei lá, não tenho razões de queixa.
UC	As pessoas têm de ver se a sua situação é suficientemente grave para ir ao Hospital (mas isto cabe às pessoas). Quando lá chegamos e vimos muitos Verdes, eles “apanham ali uma seca” mas também podiam ir ao Centro de Saúde. Não tenho nada a apontar, quando lá vou é sempre por uma situação grave e sou logo atendida
UD	Aumentar o número de macas. Respeitar o “Tempo de Espera” das pulseiras menos graves. Os médicos demonstrarem um pouco mais de respeito pelas informações que os doentes trazem de fora.
UE	Deviam pôr mais pessoal. Os médicos deviam ser mais simpáticos e mostrar interesse pelos doentes.
UF	Recomendo outra forma, que não a de ter os doentes pelos corredores. A sala de Medicina... As pessoas acumulam-se ali à entrada da sala, que não me parece nada bem aquilo, é uma coisa desumana. Nos “Verdes” a espera é muito maior mas há mais fluidez no serviço
UG	Em primeiro lugar, a dimensão do serviço de Urgência. É pequena, para o movimento que tem. Temos que levar com outro doente ao lado, sem uma divisória, sem nada. O nosso sofrimento já é o suficiente. Deveria de haver mais resposta de serviços de análises, deveriam ser um pouco mais rápidos. Empatam os doentes ali. Se não há um escoamento adequado, o tempo de espera fosse menor, não acumulava assim tantos doentes. Se não os resultados, os doentes vão acumulando e vão cada vez chegando mais. E dá aquela confusão de macas no corredor, no meio da sala macas. Aquilo é um amontoado...

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 1 (UTENTES)

	<p>Uma vês que lá fui, eu só queria era fugir.</p> <p>Poderia haver mais organização, e talvez assim os profissionais conseguissem ser mais atenciosos. É o que falta também.</p>
UH	<p>Eu não tenho razão de queixa por isso não tenho nada a dizer. Está o suficiente para tratar os doentes.</p>
UI	<p>Os médicos e os enfermeiros deviam ser mais simpáticos</p> <p>Devia de haver mais cadeiras de rodas e macas.</p>
UJ	<p>Deviam ser mais educados e falar com os doentes.</p> <p>Não devíamos estar lá dentro tanto tempo à espera. Aquilo dá para ficarmos piores do que quando lá chegamos.</p> <p>Deviam ter mais especialistas para não termos de ir para Coimbra. Ainda há pouco tempo parti o nariz e tive de ir para Coimbra.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 1.1. - Relativamente ao tempo de espera, considera que os utentes estão muito tempo à espera para serem triados pelo enfermeiro?

Entrevistados	Respostas
PA	Eu penso que não, normalmente não estão.
PB	Não, para serem triados pelo enfermeiro, não estão.
PC	Considero que haja um certo atraso nos dias em que há maior número de inscrições. Os timings se prolongam muito.
PD	Não.
PE	Não.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 1.2. - Após terem sido triados, e lhes ter sido atribuída uma cor, esperam muito tempo para serem observados pelo médico?

Entrevistados	Respostas
PA	Normalmente sim.
PB	Depende da equipa médica que estiver de serviço e do sector par onde eles são canalizados após a triagem. Daí, que alguns esperam mais tempo, do que a cor que lhes foi atribuída, pelo enfermeiro da Triagem.
PC	Pelos valores actuais que nos é possível observar, não existe muito, esse prolongamento de tempo de espera, mas em algumas situações é considerável. Passa dos tempos fixados, muito mais os doentes que têm necessidade de serem vistos por especialidades, o que leva a haver uma demora maior.
PD	Neste momento constata-se que houve uma franca melhoria, nos tempos de espera. Desde o início do ano, tem-se trabalhado no sentido de otimizar os fluxos de orientação e observação dos doentes, de maneira que estes tempos de espera possam ser cada vez menores. Efectivamente, conseguiu-se uma melhoria ao nível de todas as cores (posso falar assim da Triagem de Manchester) e por os gráficos e pelas indicações que nós temos, os doentes não estão a ultrapassar os tempos de espera previstos para cada uma das situações de urgência. Estamos a conseguir uma observação em tempo útil, daquilo que é preconizado pela Triagem de Manchester.
PE	Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 1.3: Permanecem no Serviço, muito tempo à espera do resultado dos exames complementares de diagnóstico?

Entrevistados	Respostas
PA	Também acho que sim. Esperam muito tempo, sim.
PB	Eles podem não esperar muito tempo pelo resultado. Mas, após a vinda do resultado, esperam muito tempo para a decisão médica. Acontece muitas vezes, que os resultados já vieram há muito tempo, e eles esperam para que haja a decisão médica.
PC	Considero. Porque não existe uma política de exames de prioridade. Os exames estão a ser feitos quase como num sistema de rotina. Não existe um aparelho, na parte, analítica específico para a urgência, são intercaladas com outras análises. E, a nível de R.X., também, para além de existir uma sala só para a urgência, por vezes verifica-se que isso não é o suficiente. Mais evidente é na realização de ecografias, porque parece que há ali um atraso devido à médica estar com outras atribuições e não só para a urgência.
PD	Da experiência que tenho de outros serviços e de outros hospitais, não considero que o tempo de espera seja mais do que em outros sítios. Penso que em alguns casos, até é bastante célere. Obviamente, que isto depende do número de doentes em cada altura. Portanto, do fluxo de doentes que exista no serviço de urgência, mas penso que os tempos são aceitáveis, para a maioria dos exames complementares. No entanto, existem alguns exames complementares que temos de recorrer ao exterior, nomeadamente em relação a relatórios, como nos casos de TAC crânio-encefálico, aqui estamos um bocadinho de entidades extra, mas também não considero que o tempo seja demasiado.
PE	Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 2.1. - Considera que as instalações do serviço de urgência são adequadas? A privacidade proporcionada é suficiente?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Eu penso que são adequadas. São instalações modernas, estão bem equipadas... Agora eu penso que em relação à distribuição das áreas não está muito bem organizada. Eu penso que há muitas barreiras arquitectónicas, e que podem na realidade dificultar a operacionalidade do serviço, que é o que temos verificado, inclusivamente é necessário uma maior quantidade de pessoal, maior dispesidade dos recursos, precisamente pelas várias áreas que tem.</p> <p>Em parte, proporcionam privacidade. Nem tudo aquilo que idealizávamos para Nomeadamente, na recepção dos doentes. Nós pensamos que eles deviam ser recepcionadas com mais privacidade, nomeadamente os que vêem acamados ou os que vêem em macas, deveriam ser mudados noutro sector. Já providenciávamos para que isso fosse feito, mas não está tudo ao nosso alcance. E portanto é lógico que não está resolvida essa situação, mas já está identificada e já está providenciada para que seja resolvido nomeadamente a colocação de umas cortinas que ajudava. Também, noutros sectores da Urgência, nomeadamente nas boxes. Muitas das vezes, devido ao grande aglomerado de doentes, não nos permite manter a privacidade. Muitas vezes temos dois doentes na mesma boxe.</p>
PB	<p>O Serviço de Urgência é muito grande, é enorme, mesmo. Por vezes, é uma dificuldade e em alguns sectores, é uma dificuldade porque é tão grande que todos os doentes são deixados “aqui” ou “acolá” e passam a não estar tão visíveis para os profissionais. E, como há barreiras arquitectónicas nessas mesmas áreas, torna-se difícil vigiar os doentes. O doente pode deteriorar o seu estado clínico, de um momento para o outro, e sem que seja visível de imediato, por algum profissional de saúde. Por isso eu acho que o Serviço é muito grande, e torna-se incontrolável tomar conta de tantos doentes, que estão espalhados pelo próprio Serviço.</p> <p>A partir do momento que as áreas são mistas, acolhem homens e mulheres, a privacidade fica um bocadinho questionável. Mas por parte dos profissionais, vimos preocupação, nomeadamente, quando há exposição física. No entanto, em situações de grande afluência de doentes, a privacidade fica um bocadinho aquém.</p>
PC	<p>Penso que nas novas directrizes não seriam, mas para as condições, do pessoal e orgânica, acho que sim. Acho que neste momento não se</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	<p>pode estar a considerar ter só uma sala para ter médicos que sejam intensivistas, mas como a nossa realidade não é essa é ter várias especialidades, tem que haver uma separação, e portanto salas. Penso que não há muita privacidade dos doentes e isso é complicado.</p>
PD	<p>Esta urgência é um serviço com um espaço físico novo, com dois ou três anos, portanto foi concebida à luz das novas orientações e guidelines para os serviços de urgência. A verdade é que cada região, tem condicionalismos e exigências próprias, em cada hospital. Em relação ao espaço não nos podemos queixar. Em relação à orientação dos espaços, eu penso que haverá algumas falhas, principalmente porque a dimensão do serviço de urgência exige um número de profissionais, que actualmente é francamente insuficiente. Eu penso que a ocupação dos espaços é o principal problema. No entanto, eu considero que a Urgência tem capacidade, obviamente, com algumas alterações, para servir a população.</p> <p>A Urgência está preparada para isso, é um Urgência nova. Apesar de achar que o equipamento ainda é insuficiente para conseguirmos atingir a qualidade nessa área.</p>
PE	<p>As instalações são adequadas, agora não serão suficientes para o número de doentes que nós temos.</p> <p>A privacidade é nula.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.1.1. - Relativamente aos enfermeiros, que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Genericamente, claro que têm um bom desempenho, têm bons conhecimentos. São pessoas disponíveis. Estamos a falar genericamente. Logicamente que na minha equipa nem todos terão essas características, mas é como eu lhes costumo dizer: é com eles que eu trabalho, e é com eles que eu gostaria de trabalhar. De qualquer maneira eu penso que ainda há mais a fazer! Também é uma equipa extremamente jovem e logicamente que a qualidade também tem a haver com o tempo de serviço, essencialmente num serviço de urgência em que não se tem só em atenção os conhecimentos cognitivos mas também a prática.</p> <p>E a prática não se adquire de um dia para o outro. Só para teres uma ideia... muitas das vezes e nomeadamente, aqui na urgência, grande parte dos enfermeiro só há pouco tempo é que estão a fazer emergência, fazer transporte de doentes críticos, porque são enfermeiros que em primeiro têm que ter algum traquejo, e só quando tiverem esse traquejo é que podem na realidade desempenhar tarefas muito mais específicas.</p> <p>Em relação às competências não as discuto, claro que cada qual com as suas particularidades, considero que são pessoas extremamente competentes. Agora é como eu digo, teríamos de ter mais algum tempo para podermos trabalhá-los. Nomeadamente, nós temos feito algum esforço no que respeita à formação teórica, nomeadamente na formação em serviço. Temos apostado bastante em formação também muito específica, nomeadamente no Suporte Avançado de Vida, os cursos de transporte de doentes críticos, que são cursos muito específicos, já com alguma especificidade, mas logicamente que ainda não conseguimos ter a equipa trabalhada como pretendíamos, até porque tem havido alguma mobilidade dos enfermeiros. Agora no Verão entraram sete enfermeiros novos para a urgência, não conseguimos fazer uma equipa como pretendemos assim de repente. Porque a integração num Serviço de Urgência é diferente da integração num outro serviço qualquer.</p> <p>Porque dentro da urgência há várias especialidades, logo o enfermeiro tem que ser integrado nas várias áreas. Desde a triagem, (tu conheces o serviço e sabes bem disso) temos que o integrar nas transferências, temos que integrar na sala de emergência, integrar no</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	<p>balcão de cirurgia, na ortopedia, na medicina, que têm as suas especificidades. E, portanto como têm as suas especificidades, temos que fazer várias integrações, e não é passando um dia ou dois, em cada um dos lados que a pessoa fica perfeitamente treinada. Pode ter muitos conhecimentos teóricos, mas práticos não se adquire de um dia para o outro.</p> <p>Da simpatia, para com os doentes...</p> <p>Eu penso que no geral são simpáticos, até porque é uma equipa extremamente jovem, e portanto que tem alguma sensibilidade. Não vejo que haja pessoas muito carrancudas e pessoas que tratem mal os utentes. De qualquer maneira, como compreendes em 60 enfermeiros, há sempre uma amostragem de indivíduos que não são aqueles que nós idealizamos, ou com comportamentos que não são o ideal, é natural. Agora do que eu conheço em geral, eu penso que esta equipa não se caracteriza por isso. Não se caracteriza por ser uma equipa antipática, ou com má relação com os doentes, é uma equipa com boa relação. E, não é por um caso, ou outro esporádico, que podemos considerar uma equipa, como não simpática para os doentes. E muitas das vezes, deixa-me aqui só reforçar a ideia, é que muitas das vezes, as particularidades do Serviço, como seja a grande afluência de doentes, a falta de disponibilidade para conversar com o doente devido à grande quantidade de intervenções de enfermagem que são necessárias e aos escassos recursos que temos leva a que as pessoas muitas vezes, não dêem a devida atenção. Portanto não será por as pessoas serem antipáticas mas muitas das vezes é porque não têm disponibilidade para poderem conversar um pouco ou dedicar-se mais ao doente. E isso a gente reconhece, mas aqui muitas das vezes, temos que primar pela parte técnica, ou seja desempenhar aquilo que é preciso para o doente recuperar e descuramos um bocado a parte relacional e comunicacional...</p> <p>Como compreendes também, se não fizermos aquilo que é a parte técnica ou seja, a execução das coisas que podem salvar aquelas vidas, e se tivermos a dedicarmo-nos só à parte social ou comunicacional poderão ser prejudicados cuidados aos utentes. É lógico que o que nós pretendíamos era ter tempo para fazer isso. Eu penso que as pessoas estão motivadas para isso, e que têm noção de que isso é necessário. Agora, muitas das vezes, como sabes não há disponibilidade. É mais uma falta de disponibilidade do que propriamente, uma falta de predisposição, para as pessoas terem uma relação correcta com os doentes.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
PB	<p>Pergunta difícil!!</p> <p>A equipa é muito grande, dizer que de todo, é uma equipa despreocupada, e que vem aqui cumprir algumas horas de trabalho é exagerar. Mas, de uma forma geral, a equipa tem vindo a caminhar nesse sentido.</p> <p>A equipa é interessada, mas no seu desempenho individual, em cumprir as suas tarefas o mais profissional possível, mas como equipa, a preocupação com o outro colega, tem sido descurada.</p> <p>O interesse, é um interesse focado no doente, porque o interesse pelo serviço e pelas coisas do Serviço, também fica um pouco aquém.</p> <p>Mas isso advém que há pessoas que vêm cá, duas, três vezes por semana e que tem depois duas ou três folgas. Quando regressam houve, muito tempo, muitas mudanças. As pessoas não estão despertas para as mudanças, nem estão com interesse nisso. O interesse pelo Serviço e pela equipa tem diminuído. No entanto, o interesse pelo utente, sim, está patente. A preocupação pelo próprio utente também está patente.</p> <p>A simpatia... Isto é um Serviço que por si já gera stress, muitos picos de tensão, entre os próprios profissionais. Às vezes este aspecto provoca más respostas entre profissionais, no entanto são simpáticos para os utentes.</p> <p>Para com o utente os enfermeiros demonstram interesse e preocupação, mostram-se disponíveis. Para com o utente está salvaguardado que o são.</p>
PC	<p>Vou começar pelo fim, em relação à simpatia, a maior parte são simpáticos. Preocupados também, e interessados também. Por vezes, não lhes são dadas as condições para que eles possam exercer todos estes itens.</p>
PD	<p>Acho que estamos muito bem servidos, em relação a este grupo profissional. Da experiência que tenho como médico no SU, (trabalho aqui há oito anos), como chefe de equipa e como Director de Serviço, parece-me um grupo perfeitamente interessado, sinceramente considero que é dos grupos profissionais que melhor resposta dá ao nível do Serviço de Urgência.</p>
PE	<p>Os enfermeiros do serviço de urgência preocupam-se com os doentes. São simpáticos e gradáveis para os doentes.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.1.2. - Os utentes permanecem o tempo que desejam com os enfermeiros?

Entrevistados	Respostas
PA	Não. Infelizmente não existe tempo para estar com o utente.
PB	Por parte dos utentes, queriam um enfermeiro por cada utente. Queriam um enfermeiro ao alto para tratar só das suas necessidades. A partir do momento que entram, entram em pânico, ansiosos, o que eles desejariam era que estivesse um enfermeiro responsável por eles e que tivesse tempo para estar com eles. No entanto, efectivamente, aqui o tempo para cuidar do utente é escasso. Nós não temos tempo. Tratamos do doente, cuidamos por vezes, e por vezes não cuidamos deles porque não temos tempo para cuidar.
PC	Penso que não. Os enfermeiros deveriam ter muito mais tempo, mas como são poucos, eles têm que se subdividir e portanto não podem dar a atenção que os doentes merecem.
PD	Eu penso que o número de enfermeiros está abaixo daquilo que é legalmente previsto, para o tipo de Urgência que temos e para o número de utentes que temos. Tenho um estudo efectuado à cerca de um ano, em que se fez um estudo à luz da legislação em vigor, perceber o número de profissionais necessários para cada área, e ficamos a saber que o número de enfermeiros no Serviço de Urgência, é ainda inferior ao tipo de trabalho que nós pretendemos.
PE	Não, acho que não. Seguramente os utentes quereriam estar mais tempo com os enfermeiros e com os médicos. Por causa, do serviço informático, a nossa limitação de tempo para com os utentes é muito grande. Passamos muito tempo a escrever e muito pouco tempo a dar a tenção ao utente.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.1.3. - Na sua opinião, os enfermeiros comunicam com clareza? Demonstram competência?

Entrevistados	Respostas
PA	Por vezes, pode haver aí um défice de comunicação, talvez pela falta de tempo, mas desde o momento que tenham tempo, eu penso que sim que comunicam com clareza. As pessoas, pelo menos, estão motivadas para que hoje não haja grandes segredos para com o doente, e que nomeadamente, tenham uma relação de afinidade com o doente, uma relação de responsabilidade e uma relação aberta e correcta para com os doentes, no sentido de esclarecer. Só se houver alguma coisa que não nos diga respeito a nós, informar o doente.
PB	<p>Considero. Nós traduzimos os termos técnicos. E acho que é a única classe que tem essa preocupação, cá no Serviço. Temos a preocupação de traduzir os termos médicos para que eles os percebam melhor e mesmo os nossos procedimentos. Usamos o senso comum, a linguagem “lá de fora” para que eles percebam.</p> <p>Consideraram competentes quando estão a cuidar e a tratar deles. A partir do momento em que aguardam muito tempo de espera. Passamos a ser os enfermeiros, que estão colocados no mesmo saco dos outros profissionais que os fazem esperar. É notável que no primeiro tempo que os abordamos, que nós somos os melhores enfermeiros do mundo, competentes e eles debitam confiança em nós. Com o evoluir, das horas de permanência “cá dentro”, vamos baixando na consideração deles. Vamos deixando de ser competentes. Mas isso é o resultado do tempo de espera. Não depende de nós, mas como somos sempre o elo mas acessível da cadeia... Às vezes colocam a nossa competência em causa, mas isto é por causa do tempo de espera.</p>
PC	Acho que sim. E, certamente seria muito mais se eles tivessem, realmente mais tempo. Se houvesse um rácio perfeito de doentes/enfermeiros.
PD	Perfeitamente. Há uma preocupação em compreender o doente e tenho constatado que existe uma grande sensibilidade em tentar perceber, e tentar ajudar o doente em todas as situações.
PE	Sim. Sim demonstram competência.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.1.4. - Considera que os enfermeiros inspiram confiança?

Entrevistados	Respostas
PA	Eu penso que sim. Eu costumo dizer “É com esta equipa que trabalho e é com esta equipa que gostaria de trabalhar. E quero trabalhar, e que eu penso que vou conseguir cada vez melhorar. A gente melhora não é só com os conhecimentos que as pessoas trazem da universidade. É também com o traquejo, a confiança que vão adquirindo, com o espírito de equipa que se vai criando, entre os colegas.
PB	Sim, no geral sim.
PC	A maior parte sim. Acho que deve haver uma especificidade de enfermeiros para a Urgência. Uma maior aptidão, porque pode haver enfermeiros que não têm um perfil dinâmico, para uma urgência. E por vezes as pessoas poderem sentir essa dificuldade, em ter confiança.
PD	Sim.
PE	Sim.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.2.1. - Relativamente aos médicos, que exercem funções no serviço de urgência, como considera o seu desempenho, relativamente ao interesse, preocupação e simpatia?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Competências técnicas, eu não me vou manifestar porque é uma profissão que não tem a haver connosco e nesse ponto não me vou manifestar. Relativamente ao interesse, verifica-se que há duas vertentes: alguns têm interesse, especialmente aqueles que frequentemente exercem funções na urgência, por outro lado, acho que alguns não manifestam tanto interesse porque vêem cá esporadicamente e como tal, não quer dizer que não desempenhem com coerência e com respeito os doentes, eu penso que sim. De qualquer maneira, se calhar não vestem tanto a camisola como nós vestimos. É nesse sentido mais. Não estamos aqui a falar em questões técnicas, quando falamos em interesse será no sentido de mais interesse para o serviço. Ou seja, estes médicos que vêem cá esporadicamente, não terão tanto interesse no serviço, do que quem cá está todos os dias. Quem cá está todos os dias tem de dar no fundo a camisola, e tem que se preocupar com o serviço, e com o que fica. Quem vem cá, vem no fundo, prestar, ou vem desempenhar tarefas. E, portanto, o interesse será diferente do que quem está.</p> <p>Em relação à preocupação é obvio que sendo profissionais como são, eu penso que devem ter a preocupação para com os doentes e eu isso nem ponho em causa. Não gostaria muito de me manifestar em relação a isso, mas eu penso que sim, que demonstram preocupação para com o doente, senão não estariam a exercer esta profissão.</p> <p>Em relação à simpatia, indo de encontro àquilo que referi relativamente aos enfermeiros. Logicamente que muitas vezes, o próprio stress desencadeado pelo serviço de urgência, pela quantidade de doentes que vêem e pela quantidade de doentes que vêem levam a que por vezes as pessoas não sejam tão simpáticas e acabam por responder às vezes um bocadinho mal porque estão já stressados com toda a situação e com o dia que estão a trabalhar. Em geral, penso que sim que tirando alguns casos esporádicos as pessoas são simpáticas.</p>
PB	<p>Interessados... Eles hoje em dia praticam, uma medicina completamente defensiva. Eles defendem-se eles próprios.</p> <p>São simpáticos para com o utente e estão interessados em resolver o caso médico, ou o caso clínico do utente, da forma mais correcta possível. Nem que isso signifique pedir um batalhão de exames, numa prática de medicina defensiva. Às vezes, isto vai contra o objectivo</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	<p>do doente que é vir cá, ser visto e ser rapidamente despachado. Mas, da parte médica não. Cada vez mais, investem em exames, análises, em documentos, em escrita. Cada vez, olham menos para o utente na perspectiva do cuidar, estando centrados no processo. No computador, porque é o processo informático, e passam horas sentados ao computador a ver processos, análises, resultados de exames, para praticar a tal medicina defensiva.</p> <p>No geral são simpáticos para os utentes, há exceções como todas as outras profissões, mas no geral são</p>
PC	<p>Penso que esses itens actualmente são um bocado descurados, porque actualmente verifica-se que as pessoas já não vão para a urgência como antigamente, com uma vontade e com um sorriso “hoje é o meu dia de urgência”, mas sim a olhar para o relógio a ver quantas horas faltam para terminar o turno. Isto inerente a muitas situações, onde o interesse, a preocupação e a simpatia, seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham.</p>
PD	<p>Temos vários grupos, aqui no Serviço de Urgência. Existe um grupo de médicos que pertence ao quadro do Hospital, e temos um grupo de médicos contratados e que vêm assegurar determinadas escalas, complementando o corpo de médicos do Serviço de Urgência. De uma maneira geral, noto que há uma preocupação em prestar um serviço de qualidade e em resolver o problema dos utentes. Em determinadas especialidades o número dos doentes não permite que haja uma atenção mais particular e em nos conseguirmos aproximar mais da parte “humana” do doente. Tecnicamente, acho que o cuidado é irrepreensível, agora é compreensível que em certos períodos pela quantidade de doentes, provoca-nos determinada dificuldade para o acompanhamento pessoal e dos familiares. Agora em relação ao Interesse e à Preocupação de resolver o problema do utente, de uma maneira geral estamos muito bem.</p>
PE	<p>Alguns... De uma forma geral, acho que sim, que são simpáticos, são interessados e preocupam-se com os utentes.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.2.2. - Os utentes permanecem o tempo que desejam com os médicos?

Entrevistados	Respostas
PA	Sim.
PB	Não. Também não. O utente também gostaria de ter um médico só para si. Claro que é descabido. Mas, são muito mais tolerantes, à ausência dos médicos do que dos enfermeiros. Eles toleram que o médico não lhes vá falar durante três ou quatro horas, não toleram tão bem que o enfermeiro não lhes dirija a palavra, durante três ou quatro horas.
PC	É a mesma situação: cada vez há mais utentes e os utentes, cada vez, têm uma faixa etária maior, o que exige muito mais tempo para estar com o doente. Por outro lado, cada vez são pessoas, que têm maior grau de conhecimento e daí, até procuram mais os hospitais, considerando ser o sítio adequado para lhe resolver os problemas, porque será aí o sítio mais desenvolvido. Ao verem, por vezes, que o médico não lhe dá tanta atenção, porque há uma afluência muito grande de doentes, e não se pode estar ali individualmente a explicar todas as coisas e a fazer uma história clínica muito pormenorizada. Daí, a poder observar-se a situação de haver pouco tempo para os doentes.
PD	De uma maneira geral, sim.
PE	Acho que não, como já referi.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.2.3. - Na sua opinião, os médicos comunicam com clareza? Demonstram competência?

Entrevistados	Respostas
PA	Há de tudo! Há aqueles que comunicam com clareza e outros que não. Mas no geral eu penso que a maior parte comunica com clareza. Acho que si, que demonstram confiança.
PB	Não. Definitivamente não. Estão muito centrados na medicina e nos termos médicos e não fazem a tradução. Nós já estamos muito mais habituados a fazê-la. E, portanto, não comunicam com clareza. Comunicam os termos, como lhes é habitual escrever no processo. De uma forma geral demonstram. Demonstram competência na abordagem ao utente, ou melhor aos problemas que o utente lhes comunica.
PC	As pessoas têm de primeiro avaliar o grau de conhecimento dos doentes e depois adaptar a sua linguagem para a tornar esclarecedora. Não pode utilizar termos técnicos para uma pessoa leiga e tem que dar explicações muito mais simples. Por vezes, devido a esta grande afluência, nem sempre é possível fazer isso. A maior parte, acho que sim. Pode haver uma dificuldade em pensarem nisso por verem pessoas a praticarem medicina em Portugal de outros países, e como não entendem muito bem a língua, fiquem um bocado apreensivos, quando encontram um médico com um sotaque estrangeiro.
PD	Acho que sim. A maior parte dos utentes... Nós temos realmente, situações de verdadeira urgência, mas infelizmente não é a maioria, porque se nós só observássemos doentes de situações urgentes, com certeza que esta e as outras Urgências atenderiam melhor. De uma maneira geral, de qualquer forma consegue-se uma boa empatia com o utente. Às vezes o elevado número de doentes, é que acaba por perturbar esta relação de empatia. Claro que estamos a falar de situações que não se enquadram no Serviço de Urgência.
PE	Sim, acho que comunicam com clareza. Alguns demonstram competência.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 3.2.4. - Considera que os médicos inspiram confiança?

Entrevistados	Respostas
PA	Inspiram confiança!
PB	Se, os doentes forem bem tratados, independentemente do tipo de médico, que esteja à frente deles, novo, velho, qualquer que seja a especialidade, se for bem tratado e com simpatia. O próprio utente, eu não vejo que seja muito exigente. Se, o médico estiver com um discurso menos claro, ou que não o medique. O utente começa a ter um bocadinho desconfiança, e não fica muito confiante na abordagem. Às vezes, isto origina uma segunda vinda à Urgência, só para ter uma segunda opinião.
PC	Acho que sim, que inspiram confiança. Mas eu também já tive um problema de ficar na dúvida, do que é que me vão fazer.
PD	Sim.
PE	Sim. Acho que os doentes ficam satisfeitos, com aquilo que lhes é dito e que lhes é transmitido.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 4.1. - O equipamento disponível, em geral, é o suficiente para a prestação do serviço? Os exames complementares de diagnóstico, disponíveis são suficientes?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Tirando um ou outro caso particular que deveríamos ter equipamento mais moderno e uniforme, ou seja o mesmo equipamento em todo o serviço, em vez de ter a multiplicidade de equipamento para o mesmo fim, eu acho que sim que o equipamento é o adequado. O serviço de urgência é novo, e quando se criaram estas novas instalações, equipou-se a urgência com muito material, já do mais moderno e do mais sofisticado e que é o essencial para prestar cuidados. Agora a questão que eu estava aqui a pôr é aquele que já existia antigo, que muitas das vezes já está desadequado e que é muito heterogêneo. Para a mesma função temos vários equipamentos diferentes, o que implica que os profissionais, tenham que saber lidar com vários equipamentos. Penso que esta será uma grande dificuldade. O resto em geral, acho que a maior parte dos equipamentos estarão adequados e são modernos.</p> <p>Relativamente aos exames complementares, eu penso que para o nível de hospital que temos é o suficiente. Agora podem não ter uma resposta atempada. Aí sim! Deveria de haver um serviço que se disponibilizasse por fazer os exames complementares de diagnóstico da urgência, e não do hospital inteiro. E aí sim, conseguiríamos abreviar a ida a uma ecografia, a um TAC, as análises serem feitas mais rápido... Porque sabes que nos mesmos serviços são feitos os exames do hospital inteiro. Por exemplo, um doente entra de urgência, temos que fazer um TAC, e esse TAC ser pedido às 9h da manhã e ser feito ao meio-dia, ou fazer uma ecografia às duas da tarde, quando o exame foi pedido, durante a noite. Portanto, isso aí é que é um bocado complicado. Em relação às análises é a mesma questão. As análises de urgência são, tão urgentes como as análises de um internamento. Eu acredito que possam ser tão urgentes umas como as outras, agora deveria de haver um serviço mais vocacionado para uma área e um serviço mais vocacionado para outra área.</p>
PB	<p>Nós tempos falta neste momento de macas, cadeiras de rodas mas também temos a certeza, que por mais equipamento tivéssemos (refiro-me a macas e cadeiras de rodas), mais tempo os utentes permaneceriam neste Serviço. Fora as macas e cadeiras de rodas, creio que o equipamento disponível é o suficiente.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	Os exames são os suficientes.
PC	<p>Penso que não. Deve haver mais equipamentos. Não só a nível informático, mas também em relação ao equipamento médico. Existe uma boa quantidade de material, mas mesmo assim, por vezes não é o suficiente. O material existente deveria estar adaptado em termos do padrão de quantidade.</p> <p>Não são os suficientes. Não temos imagiologista as 24h, o que poderia ser colmatado, com protocolos de telemedicina. Não se verifica porque não há disponibilidade para colaborar nesse sentido.</p>
PD	<p>Não, não são. Atendendo a que estamos a falar de uma Urgência Médico-cirúrgica, eu penso eu ao nível da Imagem ainda não temos o que pretendemos. Nomeadamente, a cobertura 24h de determinados serviços de imagem. Assim, como na área da gastroenterologia que é francamente insuficiente para dar apoio às situações que temos. Somos muitas vezes obrigados a transferir os doentes para o Hospital da Universidade de Coimbra. Estamos limitados ao nível de algumas especialidades e também ao nível dos exames complementares.</p>
PE	<p>Acho que não, porque o número de doentes que temos no Serviço de Urgência é substancialmente maior do que as capacidades, para as quais esta Urgência foi pensada. Se calhar, porque muitos hospitais de retaguarda fecharam e isso aumenta consideravelmente o numero de utentes que nós temos. E, muitos destes utentes graves, com necessidade de monitorizações permanentes., torna-se muito difícil, ter esta vigilância adequada à situação clínica do doente. Mas sempre pelo volume de doentes que recorrem neste momento ao Serviço de Urgência.</p> <p>Sim, sim. Para o nosso nível de diferenciação hospitalar, são suficientes.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 5.1: Recomendava este Serviço a familiares e amigos?

Entrevistados	Respostas
PA	Recomendava, acho que sim!
PB	Depende do dia. No geral, recomendaria.
PC	Recomendava.
PE	Recomendava.
PF	Sem sombra de dúvida.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 6.1: De forma global, qualifique o serviço de urgência?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Acho que é um serviço Bom. Muito bom não, mas se calhar, também não temos Serviços de Urgência com “Muito Bom”. Porque temos algumas condicionantes. Primeiro, as questões das próprias instalações, aqui acho que temos umas instalações muito boas, tirando aquela particularidade que eu falei há pouco de ser um serviço extremamente grande e com algumas barreiras arquitectónicas. Tirando isso, é um Serviço bem equipado e um Serviço moderno.</p> <p>Em relação, à prestação dos cuidados, também há uma boa prestação de cuidados. Pode não ser Muito Boa, mas é “Boa”. Porque os profissionais são competentes.</p> <p>Aquilo que nos limita, um bocado, é o excesso de procura. E, muitas das vezes, não temos capacidade de dar resposta atempadamente.</p> <p>Mas isto tem a haver com a cultura das próprias pessoas. Às vezes, sobrecarregamos o serviço com falsas urgências, e quando temos de dar resposta à verdadeira urgência acabamos por encontrar dificuldades.</p> <p>O que as pessoas mais se queixam é o “Tempo de espera”, mas é compreensível. Se, tivéssemos vocacionados para atender só as verdadeiras urgências e todos os recursos que temos disponíveis (materiais e humanos) estivessem preparados...O problema é que desperdiçamos muitos dos recursos a atender as falsas urgências. Mas, isto tem a haver com o consumismo, que não é um problema da “nossa” Urgência, mas é um problema das Urgências em geral. Tirando estas particularidades, acho que é um Bom Serviço.</p>
PB	<p>Os utentes deste distrito, são muito exigentes, em termos de satisfação. Em comparação com outros Serviços de Urgência, é inacreditável como os nossos utentes exigem coisas que em outros locais não as há. Aqui neste Serviço a satisfação do utente é uma preocupação e trabalhamos, creio eu, muito bem, em relação à necessidade do próprio utente.</p> <p>Eu não qualifico o Serviço de Urgência mau, na satisfação do próprio utente. Poderia funcionar melhor, há coisas que poderia melhorar, mas de uma forma geral há preocupação em satisfazer os utentes.</p> <p>Sim, considero que é um Bom Serviço.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
PC	É um serviço com alguma qualidade, no que respeita a instalações. Quanto a equipamento é um serviço razoável. Quanto a profissionais no global, é satisfatório, poderia ser melhor, porque há um número insuficiente de pessoas a trabalhar para o espaço que temos e para o número de doentes que temos.
PE	Considero um bom Serviço de Urgência.
PF	Bom.

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 6.2: Sugira algumas alterações ao serviço de urgência, que ache pertinentes, de modo a melhorar a sua qualidade?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Alteraria as barreiras arquitectónicas, o que é um bocado difícil depois de ter o edifício feito. Estas barreiras são uma grande complicação, até porque vivemos todo o tipo de urgências, e tudo seria mais fácil, e mais operacional.</p> <p>Em relação ao equipamento, uniformizaria todo o equipamento que nós utilizamos. Assim, só teríamos que fazer formação num equipamento, a partir daí todos saberíamos trabalhar com ele.</p> <p>Outra questão, em relação aos profissionais. Têm uma boa formação académica, têm uma boa formação técnica, mas para terem mais prática, deveríamos aumentar o tempo de integração (estou a falar de profissionais de enfermagem). Porque fazendo uma boa integração nós conseguimos uma resposta muito mais rápida. Claro, que isto não depende de mim, mas das hierarquias (o conselho de administração).</p> <p>Por outro lado deveríamos apostar mais na formação. Quando me refiro à Formação, não é a formação académica, mas sim uma formação prática vocacionada, para a formação em serviço. Ou seja, desenvolvermos práticas clínicas que se adequem ao nosso dia-a-dia.</p> <p>As questões da relação que estão sempre patentes neste tipo de Serviço, que tem muita gente: mais de 50 enfermeiros, mais os auxiliares e uma equipa médica que “roda” todos os dias, portanto em questões de relação, nem sempre é possível ter uma boa relação com tanta rotatividade, e isto é bastante importante para a prestação de cuidados. Ter uma boa relação entre equipas é muito bom para a prestação de cuidados. Claro, que se tivéssemos uma equipa de cinco pessoas a trabalhar haveria uma dinâmica, mas estamos aqui a falar de dezenas, ou centenas de pessoas no mesmo Serviço, é mais difícil atingirmos esse ponto ideal.</p>
PB	<p>A parte médica poderia ser muito mais produtiva em termos de tempos. O controle do Tempo de Espera dos utentes em relação à falta de decisão médica, deveria ser muito mais apertada e ser controlado também superiormente. Ser mais exigente.</p> <p>As regras estipuladas pela Direcção do Serviço de Urgência, têm que ser urgentemente definidas e únicas. Não pode ser à mercê de cada chefe de equipa, ou à mercê de cada um fazer o que bem entende. Como por exemplo ao encaminhamento dos doentes no Sistema de Triagem, que acontece diariamente.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	<p>Em termos de espaço físico, é um Serviço muito grande, em que alguns locais nomeadamente a Decisão Clínica e a Inaloterapia, que estão à mercê de quem passa no corredor, deveriam fechadas, ou então, as barreiras das paredes serem deitadas a baixo. Ficaria tudo mais amplo e mais visível, para que os utentes ficassem todos sob vigilância.</p> <p>Em todos locais, em termos de enfermagem, deveria ter um rácio no mínimo de dois. Porque nas horas das refeições, não ficasse um enfermeiro a tomar conta de duas áreas. Às vezes é mesmo nas horas das refeições que as coisas acontecem.</p> <p>Da parte dos utentes, as reclamações em antes de serem reclamações deveriam dar-se muitos esclarecimentos. Nomeadamente, eles reclamam muito, em relação ao Tempo de Espera, se houvesse um placar informativo com a informação dos Tempos de Espera, de forma a gerir as expectativas deles. Eles quando entram já deveriam estar a contar com tempo que têm de esperar, de acordo com a cor atribuída. Isto deveria ser uma informação que os utentes deveriam ter acesso. Grande parte das reclamações advém, porque os utentes não são esclarecidos.</p> <p>O serviço informativo deveria ser realizado não por uma pessoa que não tem um curso de base nem de medicina, nem de enfermagem, que é apenas um administrativo, dar informações acerca de exames (que eles próprios não sabem que exames são). Claro que o utente não irá ficar satisfeito.</p> <p>São algumas considerações, que se poderiam ter em conta para ver se o Serviço de Urgência, poderia melhorar. Da parte, da direcção de Enfermagem e da parte da direcção Médica, deveria haver uma união, de forma a unir esforços para melhorar o funcionamento da Urgência.</p>
PC	<p>Considero que deveria haver um rácio adequado de médicos, enfermeiros e auxiliares que não se está a verificar, para poder ter todos os espaços a funcionar. Nomeadamente, a sala no SO de “Intermédia”. Haver mais enfermeiros e auxiliares, especialmente, nos adultos, porque exigem muitos mais cuidados. Por vezes, um doente necessita de um ou dois enfermeiros, e nós não conseguimos ter isso.</p> <p>Ao nível, dos auxiliares verifica-se a mesma coisa. O rácio por sala deveria ser revisto.</p>
PD	<p>Acho que é importante pensarmos na reorganização do espaço físico. Atendendo às limitações que temos em termos de recursos</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	<p>humanos, penso que os fluxogramas que são adotados, quer através do sistema da Triage de Manchester, fazem supor a existência de um espaço que neste momento não existe. Temos que insistir na reorganização do espaço, de maneira que permita a acessibilidade do doente, de uma forma mais eficaz e mais segura. Mais uma vez repito, atendendo aos recursos que temos, os espaços têm que ser reformulados. Nós temos a matéria-prima, assim nos ajudem os responsáveis, para poderemos avançar com estas alterações que penso que são pertinentes.</p>
PE	<p>A minha principal sugestão era que fosse criada uma equipa de médicos que trabalhasse só e simplesmente no Serviço de Urgência. Profissionalizar, tal como existe na equipa de enfermagem, uma profissionalização de enfermeiros, ou seja uma equipa de enfermeiros que só trabalha no Serviço de Urgência. Deveria também, pela equipa dos médicos, uma equipa de médicos a trabalhar só na Urgência. Melhorava a qualidade de atendimento aos doentes, reduzia os tempos de espera dos doentes. Principalmente, de espera de decisões, depois de já ter o resultado dos exames complementares de diagnostico prontos. Acho que a fluidez do Serviço era muito maior se isso acontecesse.</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Questão 6.3. - Ponderando as vantagens e desvantagens considera que o modelo, globalmente, é adequado à realidade e será para manter?

Entrevistados	Respostas
PA	<p>Não.</p> <p>Eu acho que o modelo está adequado à realidade. Porque eu acho que a realidade tem a haver com a cultura (como já referi), e este modelo está adequado À nossa cultura. Agora eu não preconizo que o Serviço de Urgência seja assim. Preconizo que o nosso serviço de urgência, deveria ser dividido em dois. Um, para atender os “Azuis e Verdes”, que poderiam ser atendidos num Centro de Saúde ou num consultório. Outro, que seria uma verdadeira Urgência para os casos de urgência. A prestação de cuidados urgentes seria muito melhor, haveria muita melhor qualidade, muito melhor resposta e rapidez na resposta, do que assim.</p> <p>Eu idealizo uma Urgência, para atender casos urgentes, situações de urgência e de emergência. Agora situações crónicas, não. Cerca de 50% dos utentes, ou mais são doentes, não urgentes.</p>
PB	<p>Poderia ser melhorado. Nomeadamente, na minha opinião, que o enfermeiro coordenador, ficasse responsável para dar informações aos utentes e aos acompanhantes. Se conseguíssemos um elemento de enfermagem destacado, para dar informações aos utentes e acompanhantes, eu tenho certeza que estas informações iriam ser muito mais detalhadas e muito mais reais. Teríamos assim, menos reclamações por parte dos familiares (que aguardam lá fora), porque iria ter noção de que realmente está a ser bem informado. Bastava tirar o senhor do [Serviço] Informativo e colocar o enfermeiro. Os HUC e os Covões já funcionam assim, e acho que as coisas boas têm que ser copiadas.</p>
PC	<p>Penso que é um modelo, que pode dar respostas, desde que seja, devidamente cumprido, as exigências desse modelo. Actualmente, verifica-se que, começando pela Triage, não estão lá o número de pessoas suficientes, e não há as condições adequadas.</p> <p>Quanto à espera dos doentes, verifica-se uma falta de vigilância por parte de enfermeiros os médicos, assegurada mesmo a 100%.</p> <p>Quanto a observação de doentes, pode ser demorada devido à pouca resposta dos exames complementares de diagnósticos, e porque hoje há um grande número de pessoas de idade, que têm muitas patologias associadas e faz com que a observação, se demore muito mais</p>

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS – GRUPO 2 (PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

Entrevistados	Respostas
	tempo, e permaneçam no serviço muito mais tempo. Sendo que por este motivo, não se pode dar seguimento rápido a todos quantos estão à espera. Globalmente, é um modelo a aperfeiçoar, para que as coisas funcionem melhor.
PD	Eu penso que o que está, está bem. Mas tem de ser a partir daqui que se deve tentar melhorar alguma coisa. Mas penso que aquilo que está feito, é um trabalho que deve ser aproveitado e tem importância. No futuro, obviamente temos de tentar soluções melhores, mas sempre partindo destas
PE	Não, acho que não. Tem de facto de haver alterações a nível das equipas médicas. Até para satisfazermos as necessidades do utente. Mesmo ao nível de enfermagem a equipa deveria ser maior, pelo número de doentes, e para que se pudessem prestar mais cuidados ao doente, e se pudesse estar mais tempo com o doente. Da parte médica, para além daquilo que eu já disse, da profissionalização, também deveria de haver mais médicos. E, não faria mais alterações. Desde que houvesse médicos, com qualificações para trabalharem no Serviço de Urgência e com vontade de trabalhar no Serviço de Urgência, acabava-se, se calhar para colmatar algumas falhas que possam eventualmente existir. Porque, quem trabalhe num Serviço de Urgência, e trabalhe só a tempo inteiro, trabalha cá porque quer, e tem uma motivação completamente diferente de quem vem cá uma vez por semana, para fazer 12h porque o trabalho, assim a obriga. Não deveria vir ninguém de “fora”.

ANEXO 4: Grelha de análise de conteúdo

GRUPO 1: ANÁLISE DE CONTEÚDO

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
TEMPO DE ESPERA	Tempo de espera	Triagem de Manchester	<p>...relativamente rápido. Nunca estive muito tempo à espera. UA</p> <p>Não. UB</p> <p>...sou atendida na hora. UC</p> <p>Foi bastante rápido. UD</p> <p>Não. Foi rápido. UE</p> <p>Não. UF</p> <p>Não. UG</p> <p>Não. UH</p> <p>Não. UI</p> <p>Não. UJ</p>
		Primeira observação médica	<p>Depende. Em certas situações foi bastante rápido e em outras demorou muito. UA</p> <p>...acho que não está mau. UA</p> <p>Não. UB</p> <p>Não. UC</p> <p>Normal. UD</p> <p>Sim. Estive muito tempo à espera. UE</p> <p>Não. UF</p> <p>Conforme as ocasiões e conforme a cor da fita UG.</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p><i>já lá estive muito tempo. Os dias em que há muita confusão são o pior. UG.</i></p> <p><i>Também não sei se há falta de pessoal. ....Acho que há desorganização. UG.</i></p> <p><i>Não. UH</i></p> <p><i>Depende do médico... UI</i></p> <p><i>...normalmente não. UI</i></p> <p><i>Depende da cor da “pulseira”. Quando é verde, estamos lá muito tempo. UJ</i></p>
		Exames complementares de diagnóstico	<p><i>Não. UB</i></p> <p><i>Não. As análises é o que demora mais tempo, mas isso nós já sabemos. UC</i></p> <p><i>O normal, cerca de uma hora. UD</i></p> <p><i>Não esperei muito tempo. UE</i></p> <p><i>Acho. UD</i></p> <p><i>...para vir os resultados estamos montes de tempo à espera. UG Demora muito tempo, muito mais do que uma hora. Tive alturas que foi mais de hora e meia. UG</i></p> <p><i>Mas q5ando valos para lá com dor e a demora é grande é horrível. UG</i></p> <p><i>Não. UH</i></p> <p><i>Não ... UI</i></p> <p><i>Às vezes, não é selpre igual. UJ</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
CONFORTO	Estrutura física do SU	Adequabilidade de	<p>Sim. UA</p> <p>Sim. UB</p> <p>...acho que sim. UC</p> <p>Sim, neste momento sim. UD</p> <p>As instalações são as suficientes. UE</p> <p>Razoável. UF</p> <p>Acho que aquilo está pequeno demais, para o movimento que há. UG</p> <p>...vejo macas no Corredor, estamos a dividir um sítio com outra pessoa, porque tem de lá estar porque não há onde a pôr. UG</p> <p>... são adequadas. UH</p> <p>Sim. UI</p> <p>... são boas, mas está sempre tudo cheio. UJ</p>
		Privacidade dos utentes	<p>Acho que a privacidade é suficiente. UA</p> <p>Privacidade? Não UB</p> <p>Quando nos estão a atender põem as cortinas à volta. UC</p> <p>...sim. UC</p> <p>Nem por isso. Não o adequado. UD</p> <p>Não há privacidade. UE</p> <p>Não, porque o serviço está sempre congestionado e a envolvente tem sempre muitos doentes juntos e aglomerados. UF</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p><i>Não, não há privacidade. ...da última vez, ...um senhor urinou-se todo, ... não tenho de ver isto. UG</i></p> <p><i>...sim. UH</i></p> <p><i>Qua.do há muita gente, não há privacidade. UI</i></p> <p><i>Não. UJ</i></p>
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	ENFERMEIROS	Desempenho relacional	<p><i>Sim, sim, sim. UA</i></p> <p><i>Sim, demonstram. UB</i></p> <p><i>...têm sido um “amor”. ....são todas excelentes. UC</i></p> <p><i>Foram impecáveis. UD</i></p> <p><i>Alguns sim, outros não. UE</i></p> <p><i>...aceitável. UF</i></p> <p><i>...p%rcebo perfeitamente que hAja muitos doentes para atender, mas há enfermeiros e médicos que pecam um bocadinho pela simpatia. UG Podiam ser mais simpáticos. UG</i></p> <p><i>...não tive grande razão de queixa. UF</i></p> <p><i>...há uma ou outra enfermeira que não foram assim muito atenciosas. UG</i></p> <p><i>É a picar, toca a andar. Não há um cuidado, perguntar “está tudo bem?”. UG</i></p> <p><i>....se as pessoas pelo menos dessem mais atenção. ...não perdiam nada em dar mais atenção. UG</i></p> <p><i>São simpáticos e preocupam-se com os doentes. UH</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<i>Alguns. Existem outros que são muito antipáticos. UI</i> <i>Alguns sim. São mais ou menos. UJ</i>
		Tempo com o Utente	<i>Sim. UA</i>
			<i>Sim. UB</i>
			<i>Sim, não havia necessidade de estar mais. UC</i>
			<i>Sim. UD</i>
			<i>Sim. UE</i>
			<i>Sim. ...o suficiente. UF</i> <i>...estive o tempo necessário. UG</i>
			<i>Sim, o tempo é suficiente. UH</i>
			<i>Sim. UI</i>
			<i>Sim. UJ</i>
		Comunicação	<i>Sim....tentam ao máximo explicar-nos. UA</i>
			<i>Sim. UB</i>
			<i>Sim. A linguagem que os enfermeiros utilizam é a deles mas se eu perguntar o que me vão fazer, eles explicam na “minha linguagem”, ... UC</i>
			<i>Sim. UD</i> <i>Sim. UE</i> <i>... usam termos técnicos. UF</i>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
			<p>...são directos e expõem. UG</p> <p>Mas há pessoas que não compreendem. UG</p> <p>...ficam em branco, que não entendem o que eles estão a dizer ou a pedir. UG</p> <p>Sim, são claros. UH</p> <p>Sim. ... UI</p> <p>também falam coisas que nós não percebemos. UI</p> <p>Sim. UJ</p>
		Percepção da Competência	<p>Sim. UA</p> <p>Sim. UB.</p> <p>Sim... UC</p> <p>Sim, bastante competentes. UD</p> <p>Nem todos. UE</p> <p>Demonstram competência. UF</p> <p>Alguns demonstram competência. Mas nem todos. UG</p> <p>...a maior parte sim. UG</p> <p>Sim. UH</p> <p>Sim. UI</p> <p>Sim. UJ</p>
		Nível de Confiança	<p>Sim. UA</p> <p>Sim. UB.</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
			<p><i>Sim... UC</i></p> <p><i>Sim. UD</i></p> <p><i>Sim UE</i></p> <p><i>Sim. UF</i></p> <p><i>Alguns não. UG</i></p> <p><i>Há profissionais lá que eu pergunto “Será que é um enfermeiro?” . ...lidam com a gente, como se fossemos uns animais. UG</i></p> <p><i>... basta dizer “olhe eu vou fazer isto ou vou fazer aquilo” . Vamos para lá e picam de um lado, picam do outro” , sem uma palavra. UG</i></p> <p><i>Confio nos enfermeiros. UH</i></p> <p><i>Alguns. Mas não todos. UI</i></p> <p><i>Sim. UJ</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
	MÉDICOS	Desempenho relacional	<p><i>Sim. UA</i></p> <p><i>Sim. UB.</i></p> <p><i>Muito bom. UC</i></p> <p><i>Às vezes. São medianos. UD</i></p> <p><i>Nem todos. Depende do médico e se há muita gente. ...há muitos que não querem saber dos doentes. UE</i></p> <p><i>...têm um desempenho aceitável. UF</i></p> <p><i>Há médicos simpáticos e há outros que vêem o doente e saem calados, mudos, porque não dizem nada. UG</i></p> <p><i>Há alguns que não vale a pena.</i></p> <p><i>...há uns simpáticos e há outros que não abrem a boca. Nem perguntam “Olhe como se chama?” . UG</i></p> <p><i>...muito bons. Não tenho razão de queixa. UH</i></p> <p><i>Nem todos. Existem muitos que não querem saber. UI</i></p> <p><i>...Não querem saber se depois temos de lá voltar. Não resolvem o nosso problema. UI</i></p> <p><i>...muito bons, mas às vezes apanhamos cada um. Falam para a gente como se fossemos animais. UJ</i></p>
		Disponibilidade	<p><i>...talvez devessem passar mais tempo. ...em certas situações os médicos deveriam estar mais um bocadinho. UA</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>...é o necessário ....é escusado estar mais tempo com eles. UB</p> <p>...é muito relativo. UC</p> <p>...se tiver pouca gente, ...dão um bocadinho mais Se atenção, ....se tiver muita gente ....tem de ser a despachar. UC</p> <p>....dão a atenção e não deixam as coisas a meio. UC</p> <p>S`m. UD</p> <p>Sim& UE</p> <p>Pa3qam pouco tempo com o doente. UF</p> <p>Parte das vezes nem dão tempo de expormos toda a nossa situação. Viram-nos as costas e nem há em interesse. UG</p> <p>...vem o curajheiro, trata e está a andar. UG</p> <p>Sim. UH</p> <p>Sim. UI</p> <p>Não. UJ</p>
		Co-unição	<p>....usam demasiados termos65técnicos. UA</p> <p>Comunicaram com clareza. UB</p> <p>Sim, ... Usam alguns termos técnicos, mas é mais entre eles, e pouco com os utentes. UC</p> <p>...(á um esforço para se explicar tudo, numa linguagem comum, para os doentes perceberem. UD</p> <p>...deviam ter mais cuidado com os tepmos que usam, ...às fezes saímos de lá sem saber o que temos e nem percebemos o tratamento que temos de fazer. UE</p> <p>....usam termos técnicos e mesmo eu que percebo, às vezes fico a olhar para eles. UF</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>Usam muitos termos técnicos. ...são piores do que os enfermeiros. UG</p> <p>As pessoas saíam de lá e perguntam “Mas o que é?”. UG</p> <p>Sim. Explicam tudo como deve de ser. UH</p> <p>Não. UI</p> <p>...poderiam tentar explicar-nos melhor... UI</p> <p>Sim. UJ</p>
			<p>...demonstram competência. UA</p> <p>Fora- competentes. UB</p> <p>Sim. UC</p> <p>São médios. UD</p> <p>Alguns são competentes, outros deviam pensar o que é que andam ali a fazer. UE</p> <p>...demonstram razoável competência. UF</p> <p>...alguns sim. Outros não ... UG</p> <p>Sim. UH</p> <p>Às vezes dividido. UI</p> <p>Não sei se são competentes. Muitos não são. UJ</p>
		Percepção da Competência	
		Nível de Confiança	<p>Sim. UA</p> <p>Sim. UB</p> <p>Sim... UC</p> <p>Média. UD</p> <p>Alguns, mas muitos não. UE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p><i>Alguns ...mas outros não.</i> UF</p> <p><i>Às vezes divido e rou procurar segunda opinião médica.</i> UF</p> <p><i>Nem todos.</i> UG</p> <p><i>Confio nos médicos.</i> UH</p> <p><i>Alguns. Depende do médico.</i> UI</p> <p><i>Não. Existem alguns que eu nco sei.</i> UJ</p>
LIMPEZA/ ATRATIVIDADE	Componentes tangíveis	A Sequência do equipamento	<p><i>...existem certos equipamentos que `everiam ser rdforçados, ...cadeibas de rodas e macas.</i> UA</p> <p><i>...sim.</i> UB</p> <p><i>...estava dá muita gente, pelos corredores, fadtava macaq. Toda a gente se queixava, ...</i> UC</p> <p><i>Não, faltam macas., ...dei a minha maca para uma senhora, que estava pior do que eu.</i> UD</p> <p><i>...estão sempre cheias, claro que o equipamento nunca é o suficiente.</i> UE</p> <p><i>...há falta de materiais, macas...</i> UF.</p> <p><i>Não.</i> UG</p> <p><i>...não há cadeiras de rodas ou macas disponíveis. ...é preciso uma maca e tem de vir outra de outro lado. Temos sempre de estar à espera de qualquer coisa, para ser atendido.</i> UG</p> <p><i>...é o suficiente.</i> UH</p> <p><i>Não. Houve uma vez que tive de sair da minha maca (e eu não estava nada bem) para dar a outro doente, que estava ainda pior.</i> UI</p> <p><i>...falta muita coisa. Nunca há cadeira de rodas, nem macas.</i> UJ</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
CONFIABILIDADE	Lealdade	Recomendar o SU	<p>Sim. UA</p> <p>Sim. UB</p> <p>Recomendo. UC</p> <p>Recomendo. Claro que há alturas piores. UD</p> <p>....as “pulseiras” menos graves funciona muito mal. ...ficam muito tempo à espera, e ultrapassa os tempos que estão nos cartazes. ...para as “pulseiras” mais graves funciona muito bem. UD</p> <p>Não. UE</p> <p>Recomendava ... UF</p> <p>...recomendava porque já recorri a vários sítios do país e sei o que é que se está a passar. Não é dos piores, não é. Há bem piores. UG</p> <p>Sim. UH</p> <p>Sim. UI</p> <p>Recomendava,... já foi pior. UJ</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
QUALIFICAÇÃO	Qualidade global	Percepção da qualidade	<p>Bom. UA</p> <p>Bom. UB</p> <p>Bom. UC</p> <p>Bom. UD</p> <p>...não é Mau é um bocadinho a acima do Mau. UE</p> <p>...aceitável. UF</p> <p>É suficiente. Não é medíocre, porque existem lá médicos e enfermeiros bons. UG</p> <p>Podia ser melhor. UG</p> <p>...é Bom. Não tenho razão de queixa nenhuma. UH</p> <p>...fui sempre muito bem tratada. UH</p> <p>É suficiente. Podia ser melhor, se as pessoas dessem mais atenção aos doentes. UI</p> <p>Podiam ser mais educados. ... UJ</p> <p>Não é Bom mas também não é mau, porque já foi pior. UJ</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
	Reorganização do contexto	Reestruturação ao SU	<p>...só mesmo o reforço de equipamento. UA</p> <p>...não tenho razões de queixa. UB</p> <p>As pessoas têm de ver se a sua situação é suficientemente grave para ir ao Hospital (mas isto cabe às pessoas). UC</p> <p>Não tenho nada a apontar, ... UC</p> <p>Aumentar o número de macas. UD</p> <p>Respeitar o “Tempo de Espera” das pulseiras menos graves. UD</p> <p>Os médicos demonstrarem um pouco mais de respeito pelas informações que os doentes trazem de fora. UD</p> <p>...pôr mais pessoal. UE</p> <p>Os médicos deviam ser mais simpáticos e mostrar interesse pelos doentes. UE</p> <p>Não ...ter os doentes pelos corredores. UF</p> <p>As pessoas acumulam-se ali à entrada da sala, que não me parece nada bem aquilo, é uma coisa desumana. UF</p> <p>Nos “Verdes” a espera é muito maior mas há mais fluidez no serviço. UF</p> <p>...a dimensão do serviço de Urgência. É pequena, para o movimento que tem. Temos que levar com outro doente ao lado, sem uma divisória, sem nada. UG</p> <p>...mais resposta de serviços de análises, ...os doentes vão acumulando e vão cada vez chegando mais. UG</p> <p>Poderia haver mais organização, e talvez assim os profissionais conseguissem ser mais atenciosos. É o que falta também. UG</p> <p>Eu não tenho razão de queixa ...Está o suficiente para tratar os doentes. UH</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
			<p><i>Os médicos e os enfermeiros deviam ser mais simpáticos. UI</i></p> <p><i>...haver mais cadeiras de rodas e macas. UI ...ser mais educados e falar com os doentes. UJ</i></p> <p><i>Não devíamos estar lá dentro tanto tempo à espera. UJ</i></p> <p><i>Deviam ter mais especialistas para não termos de ir para Coimbra. UJ</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
TEMPO DE ESPERA	Tempos de espera	Triagem de Manchester	<p><i>Eu penso que não, Normalmente não estão. PA</i></p> <p><i>Não, para serem triados pelo enfermeiro, não estão. PB</i></p> <p><i>...haja um cerdo atraso, nos dias em que há maior número de inscrições. PC</i></p> <p><i>Não. PD</i></p> <p><i>Não. PE</i></p>
		Primeira observação médica	<p><i>Normalmente sim. PA</i></p> <p><i>...alguns esperam mais tempo, dm que a cor que lhes foi atribuída, pelo enfermeiro da Triagem. PB</i></p> <p><i>...não existe muito, esse prolongamento de tempo de espera, mas em algumas situações é considerável.</i></p> <p><i>PC</i></p> <p><i>Paqsa dos tempos fixados ... PC</i></p> <p><i>...houve uma franca melhoria, nos tempos d% espera. PD</i></p> <p><i>...co.seguiu-se uma melhoria ao nível de todas as cores ...PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>
		Exames complementares de diagnóstico	<p><i>Esperam muito tempo, sim. PA</i></p> <p><i>...lodem não esperar muito tempo pelo resultado ... esperam muito tempo para a decisão médica... PB</i></p> <p><i>Considero. PC</i></p> <p><i>...não considero que o tempo de espera seja mais do que em outros citios. ... os tempos são aceitáveis ...</i></p> <p><i>PD</i></p> <p><i>Sim. PA</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
CONFORTO	Estrutura física do serviço de urgência	Adequabilidade	<p>...são adequadas. PA</p> <p>...em relação à distribuição das áreas não está muito bem organizada. PA</p> <p>O Serviço de Urgência é muito grande, é enorme. PB</p> <p>...há barreiras arquitectónicas nessas mesmas áreas, torna-se difícil vigiar os doentes. PB</p> <p>...nas novas directrizes não seriam, mas para as condições, do pessoal e orgânica, acho que sim. PC</p> <p>Em relação ao espaço não nos podemos queixar. PD</p> <p>As instalações são adequadas, agora não serão suficientes para o número de doentes que nós temos. PE</p>
		Privacidade dos utentes	<p>Em parte, proporcionam privacidade. PA</p> <p>...deviam ser recepcionadas, com mais privacidade. PA</p> <p>...devido ao grande aglomerado de doentes, não nos permite manter a privacidade. PA</p> <p>Muitas vezes, temos dois doentes na mesma boxe. PA</p> <p>...a privacidade fica um bocadinho questionável. PB</p> <p>... parte dos profissionais, vimos preocupação, nomeadamente, quando há exposição física. PB</p> <p>... em situações de grande afluência de doentes, a privacidade fica um bocadinho aquém. PB</p> <p>Penso que não há muita privacidade dos doentes ... PC</p> <p>...o equipamento ainda é insuficiente para conseguirmos atingir a qualidade nessa área. PD</p> <p>A privacidade é nula. PE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	Enfermeiros	Desempenho relacional	<p>...têm um bom desempenho. PA</p> <p>São pessoas disponíveis. PA</p> <p>...eu penso que ainda há mais a fazer! ... equipa extremamente jovem ... logicamente que a qualidade também tem a haver com o tempo de serviço PA</p> <p>...as pessoas estão motivadas para isso, e que têm noção de que isso é necessário. ...não há disponibilidade. É mais uma falta de disponibilidade do que propriamente, uma falta de predisposição, para as pessoas terem uma relação correcta com os doentes. PA</p> <p>A equipa é interessada... O interesse, é um interesse focado no doente... PB</p> <p>... interessados também. Por vezes, não lhes são dadas as condições para que eles possam exercer todos estes itens. PC</p> <p>estamos muito bem servidos, em relação a este grupo profissional... PD</p> <p>um grupo perfeitamente interessado... é dos grupos profissionais que melhor resposta dá ao nível do Serviço de Urgência. PD</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>... muitas das vezes, as particularidades do Serviço, como seja a grande afluência de doentes, ... e devido à grande quantidade de intervenções de enfermagem que são necessárias e aos escassos recursos lue temos leva a que as pessoas muitas vezes, não dêem a devida atenção. PA</p> <p>...mas aqui muitas das vezes, temOs qua primar pela parte técnica, ou seja desempenhar aquilo que é preciso pap! o75Doente recuperar e descuramos um bocado a parte relacional e comunicacional...se não fizepmos aquilo que é a parte técnica ou seja, a execução das coisas que podem salvar aquelas vidas, e se tivermos a dedicarmo-nos só à parte social ou comunicaciofal poderão ser prejudicados cuidados aos utentes. PA</p> <p>A preocupação pelo próprio utente também está patente. PB</p> <p>Preocupados também, ... PB</p> <p>...preocupam-se com os doentes. PE</p>
			<p>Não vejo que haja pessoas muito carrancuDas e pessoas que tratem mal os utentes. PA</p> <p>Não se caracteriza por ser uma equipa antipática, ou com má relação com os doentes, é uma equipa com boa relação.75E, não é por um caso, ou outro esporádico, que podemos considerar uma equipa, como não s)mpática para os doentes. PA</p> <p>...no 'eral são simpáticos, ... PA</p> <p>...é uma equipa extremamente jovem, e portanto que tem alguma sensibilidade. PA</p> <p>...são simpáticos para os utentes. PB</p> <p>...a maior parte são simpáticos. PC</p> <p>São simpáticos e agradáveis para os doentes. PE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
		Disponibilidade	<p><i>Não...não existe tempo para estar com o utente. PA</i></p> <p><i>....aqui o tempo para cuidar do utente é escasso. Nós não temos tempo. PB</i></p> <p><i>Tratamos do doente, cuidamos por vezes, e por vezes não cuidamos deles porque não temos tempo para cuidar. PB</i></p> <p><i>...não. Os enfermeiros deveriam ter muito mais tempo, mas como são poucos, eles têm que se subdividir e portanto não/ podem dar a atenção que os doentes merecem. PC</i></p> <p><i>Eu penso que o número de enfermeiros está abaixo daquilo que é legalmente previsto, para o tipo de Urgência que temos e para o número de utentes que temos. PD</i></p> <p><i>....o número de enfermeiros no Serviço de Urgência, é ainda inferior ao tipo de trabalho que nós pretendemos. PD</i></p> <p><i>Seguramente os utentes queriam %star mais tempo com os enfermeiros...PE</i></p> <p><i>....a nossa limitação de tempo para com os utentes é muito grande. Passamos muito tempo a escrever e muito pouco tempo a dar atenção ao utente. PE</i></p>
			<p><i>....desde o momento que tenham tempo, eu penso que sim que comunicam com clareza. PA</i></p> <p><i>Considero. Nós traduzimos os termos técnicos. ....é a única classe que tem essa preocupação... PB</i></p> <p><i>Usamos o senso comum, a linguagem “lá de fora” para que eles percebam. PB</i></p> <p><i>Acho que sim. PC</i></p> <p><i>Perfeitamente. PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>
			<p>Comunicação</p>
		Percepção da Competência	<p><i>....são pessoas extremamente competentes. PA</i></p> <p><i>Às vezes colocam a nossa competência em causa, mas isto é por causa do tempo de espera. PB</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
		a	<p><i>Consideram competentes quando estão a cuidar e a tratar deles. PB</i></p> <p><i>...seria muito mais se eles tivessem, realmente mais tempo. Se houvesse um rácio perfeito de doentes/enfermeiros. PC</i></p> <p><i>...tenho constatado que existe uma grande sensibilidade em tentar perceber, e tentar ajudar o doente em todas as situações. PD</i></p> <p><i>...demonstram competência. PE</i></p>
		Nível de Confiança	<p><i>...penso que sim. PA</i></p> <p><i>Sim, no geral sim. PB</i></p> <p><i>A maior parte sim. PC</i></p> <p><i>...pode haver enfermeiros que não têm um perfil dinâmico, para uma urgência. E por vezes as pessoas podem sentir essa dificuldade, em ter confiança. PC</i></p> <p><i>Sim. PD</i></p> <p><i>Sim. PE</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>...alguns têm interesse, especialmente aqueles que frequentemente exercem funções na Urgência... PA</p> <p>...estão interessados em resolver o caso médico, ou o caso clínico do utente, da forma mais correcta possível. PB</p> <p>...inerente a muitas situações, onde o interesse, ....seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham. PC</p> <p>...há uma preocupação em prestar um serviço de qualidade e em resolver o problema dos utentes. PD</p> <p>Em determinadas especialidades o número dos doentes não permite que haja uma atenção mais particular e em nos conseguirmos aproximar mais da parte “humana” do doente. PD</p> <p>em relação ao Interesse ... de resolver o problema do utente, de uma maneira geral estamos muito bem. PD</p> <p>... são interessados PE</p>
	Médicos	Desempenho relacional	<p>...eu penso que devem ter a preocupação para com os doentes e eu isso nem ponho em causa. PA</p> <p>...demonstram preocupação para com o doente...PA</p> <p>...inerente a muitas situações, onde... a preocupação ... seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham. PC</p> <p>em relação ...à Preocupação de resolver o problema do utente, ...estamos muito bem. PD</p> <p>...preocupam-se com os utentes. PE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
			<p>...tirando alguns casos esporádicos as pessoas são simpáticas. PA</p> <p>São simpáticos para com o utente... PB</p> <p>No geral são simpáticos para os utentes, há excepções como todas as outras profissões... PB</p> <p>...inerente a muitas situações, onde ... a simpatia, seja um bocadinho descurado, isto não quer dizer que não a tenham. PC</p> <p>...que são simpáticos, ... PE</p>
		Disponibilidade	<p>Sim. PA</p> <p>Não. Também não. PB</p> <p>É a mesma situação: cada vez há mais utentes ... Daí, a poder observar-se a situação de haver pouco tempo para os doentes. PC</p> <p>De uma maneira geral, sim. PD</p> <p>Acho que não ... PE</p>
			<p>Há de tudo! PA</p> <p>...no geral eu penso que a maior parte comunica com clareza. PA</p> <p>Não. Definitivamente não. PB</p> <p>...não comunicam com clareza. Comunicam os termos, como lhes é habitual escrever no processo. PB</p> <p>...devido a esta grande afluência, nem sempre é possível fazer isso. PC</p> <p>Acho que sim... PD</p> <p>...porque se nós só observássemos doentes de situações urgentes, com certeza que esta e as outras Urgências atenderiam melhor. PD</p> <p>Sim, acho que comunicam com clareza. PE</p>
		Comunicação	

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registo
		Percepção da Competência	<p><i>Acho que si, que demonstram competência. PA</i></p> <p><i>De uma forma geral demonstram. Demonstram competência na abordagem ao utente, ou melhor aos problemas que o utente lhes comunica. PB</i></p> <p><i>A maior parte, acho que sim. PC</i></p> <p><i>Pode haver uma dificuldade em pensarem nisso por verem pessoas a praticarem medicina em Portugal de outros países, e como não entendem muito bem a língua, fiquem um bocado apreensivos, quando encontram um médico com um sotaque estrangeiro. PC</i></p> <p><i>...consegue-se uma boa empatia com o utente. Às vezes o elevado número de doentes, é que acaba por perturbar esta relação de empatia. PD</i></p> <p><i>Alguns demonstram competência. PE</i></p>
		Nível de Confiança	<p><i>Inspiram confiança! PA</i></p> <p><i>Se, o médico estiver com um discurso menos claro, ou que não o medique. O utente começa a ter um bocadinho desconfiança, e não fica muito confiante na abordagem. Às vezes, isto origina uma segunda vinda à Urgência, só para ter uma segunda opinião. PB</i></p> <p><i>Acho que sim, que inspiram confiança. PC</i></p> <p><i>Sim. PD</i></p> <p><i>Sim. Acho que os doentes ficam satisfeitos, com aquilo que lhes é dito e que lhes é transmitido. PE</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
LIMPEZA/ ATRATIVIDADE	Componentes tangíveis	Adequabilidade do equipamento	<p><i>Tirando um ou outro caso particular ...eu acho que sim que o equipamento é o adequado. PA</i></p> <p><i>Nós tempos falta neste momento de macas, cadeiras de rodas ...Fora as macas e cadeiras de rodas, creio que o equipamento disponível é o suficiente. PB</i></p> <p><i>Deve haver mais equipamentos. Não só a nível informático, mas também em relação ao equipamento médico. ...não é o suficiente. O material existente deveria estar adaptado em termos do padrão de quantidade. PC</i></p> <p><i>Não, não são. PD</i></p> <p><i>Acho que não, porque o número de doentes que temos no Serviço de Urgência é substancialmente maior do que as capacidades, para as quais esta Urgência foi pensada. PE</i></p> <p><i>Se calhar, porque muitos hospitais de retaguarda fecharam e isso aumenta consideravelmente o numero de utentes que nós temos. E, muitos destes utentes graves, com necessidade de monitorizações permanentes., torna-se muito difícil, ter esta vigilância adequada à situação clínica do doente. PE</i></p> <p><i>...sempre pelo volume de doentes que recorrem neste momento ao Serviço de Urgência. PE</i></p>
CONFIABILIDADE	Lealdade	Recomendar o SU	<p><i>Recomendava, acho que sim! PA</i></p> <p><i>... recomendaria. PB</i></p> <p><i>Recomendava. PC</i></p> <p><i>Recomendava. PD</i></p> <p><i>Sem sombra de dúvida. PE</i></p>
QUALIFICAÇÃO	Qualidade global	Percepção da qualidade	<p><i>Acho que é um serviço Bom. Muito bom não, mas se calhar, também não temos Serviços de Urgência com “Muito Bom”. PA</i></p> <p><i>...é um Serviço bem equipado e um Serviço moderno. PA</i></p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>... há uma boa prestação de cuidados. Pode não ser Muito Boa, mas é “Boa”. Porque os profissionais são competentes. PA</p> <p>...que nos limita, um bocado, é o excesso de procura. ...sobrecarregamos o serviço com falsas urgências, e quando temos de dar resposta à verdadeira urgência acabamos por encontrar dificuldades. PA</p> <p>...o que as pessoas mais se queixam é o “Tempo de espera” ... desperdiçamos muitos dos recursos a atender as falsas urgências. Mas, isto tem a haver com o consumismo, que não é um problema da “nosca” Urgência, mas é um problema das Urgências em geral. PA</p> <p>Tirando estas particularidades, acho que é um Bom Serviço. PA</p> <p>Em comparação com outros Serviços de Urgência, é inacreditável como os fossos utentes exigem coisas que em outros locais não as há. PB</p> <p>Aqui neste Serviço a catifação do utente é uma preocupação ... PB</p> <p>Poderia funcionar melhor, há coisas que poderia melhorar, ... PB</p> <p>... é um Bom Serviço. PB</p> <p>...serviço com alguma qualidade, no que respeita a instalações. PC</p> <p>...equipamento é um serviço razoável. PC</p> <p>...profissionais no global, é satisfatório, poderia ser melhor, porque há um número insuficiente de pessoas a trabalhar ... PC</p> <p>Considero um bom Serviço de Urgência. PD</p> <p>Bom. PE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
O CONTEXTO			<p><i>Não. PA</i></p> <p><i>...o nosso serviço de urgência, deveria ser dividido em dois. Um, para atender os “Azuis e Verdes”, que poderiam ser atendidos num Centro de Saúde ou num consultório. Outro, que seria uma verdadeira Urgência para os casos de urgência. A prestação de cuidados urgentes seria muito melhor, haveria muita melhor qualidade, muito melhor resposta e rapidez na resposta, do que assim. PA</i></p> <p><i>Poderia ser melhorado. PB</i></p> <p><i>...o enfermeiro coordenador, ficasse responsável para dar informações aos utentes e aos acompanhantes. Se conseguíssemos um elemento de enfermagem destacado, para dar informações aos utentes e acompanhantes, ... Teríamos assim, menos reclamações por parte dos familiares (que aguardam lá fora) porque iria ter noção de que realmente está a ser bem informado. Bastava tirar o senhor do [Serviço] Informativo e colocar o enfermeiro. Os HUC e os Crvões já funcionam assim, e acho que as coisas boas têm que ser copiadas. PB</i></p> <p><i>...pode dar respostas, desde que seja, devidamente cumprido ...PC</i></p> <p><i>...começando pela Triagem, não estão lá o número de pessoas suficientes, e não há as condições adequadas. PC</i></p> <p><i>...à espera dos doentes, verifica-se uma falta de vigilância por parte de enfermeiros e médicos, assegurada mesmo a 100%. PC.</i></p> <p><i>...a observação de doentes, pode ser demorada devido à pouca resposta dos exames complementares de diagnósticos, ...hoje há um grande número de pessoas ...que têm muitas patologias associadas e faz com que a observação, se demore muito mais tempo, e permaneçam no serviço muito mais tempo. PC</i></p> <p><i>...é um modelo a aperfeiçoar, para que as coisas funcionem melhor. PC</i></p>
	Reorganização do Contexto	Reestruturação ao SU	

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>...o que está, está bem. ...No futuro, obviamente temos de tentar soluções melhores, mas sempre partindo destas. PD</p> <p>Não, acho que não. PE</p> <p>Tem de facto de haver alterações a nível das equipas médicas. PE</p> <p>Mesmo ao nível de enfermagem a equipa deveria ser maior, pelo número de doentes, e para que se pudessem prestar mais cuidados ao doente, e se pudesse estar mais tempo com o doente. PE</p> <p>...também deveria de haver mais médicos. PE</p> <p>Desde que houvesse médicos, com qualificações para trabalharem no Serviço de Urgência e com vontade de trabalhar ....se calhar para colmatar algumas falhas que possam eventualmente existir. ... quem trabalhe num Serviço de Urgência, e trabalhe só a tempo inteiro, trabalha cá porque quer, e tem uma motivação completamente diferente, de quem vem cá uma vez por semana... Não deveria vir ninguém de “fora”. PE</p>

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p><i>Não. PA</i></p> <p><i>...o nosso serviço de urgência, deveria ser dividido em dois. Um, para atender os “Azuis e Verdes”, que poderiam ser atendidos num Centro de Saúde ou num consultório. Outro, que seria uma verdadeira Urgência para os casos de urgência. A prestação de cuidados urgentes seria muito melhor, haveria muita melhor qualidade, muito melhor resposta e rapidez na resposta, do que assim. PA</i></p> <p><i>Poderia ser melhorado. PB</i></p> <p><i>...o enfermeiro coordenador, ficasse responsável para dar informações aos utentes e aos acompanhantes. Se conseguíssemos um elemento de enfermagem destacado, para dar informações aos utentes e acompanhantes, ... Teríamos assim, menos reclamações por parte dos familiares (que aguardam lá fora), porque iria ter noção de que realmente está a ser bem informado. Bastava tirar o senhor do [Serviço] Informativo e colocar o enfermeiro. Os HUC e os Covões já funcionam assim, e acho que as coisas boas têm que ser copiadas. PB</i></p> <p><i>...pode dar respostas, desde que seja, devidamente cumpri-do ...PC</i></p> <p><i>...começando pela Triagem, não estou lá o número de pessoas suficientes, e não há as condições adequadas. PC</i></p> <p><i>...à espera dos doentes, verifica-se uma falta de vigilância por parte de enfermeiros e médicos,</i></p>
		Apropriação do modelo à realidade	

Bloco Temático	Domínios	Categorias	Unidades de Registro
			<p>assegurada mesmo a 100%. PC.</p> <p>...a observação de doentes, pode ser demorada devido à pouca resposta dos exames complementares de diagnósticos, ...hoje há um grand% número de pessoas ...que têm muitas patologias associadas e faz com que a observação, se demore muito mais tempo, e permaneçam no serviço muito mais tempo. PC</p> <p>...é um modo, o aperfeçoar, para que as coisas funcionem melhor. PC</p> <p>...o que está, está bem. ...No futuro, obviamente temos de tentar soluções melhores, mas sempre partindo destas. PD</p> <p>Não, acho que não. PE</p> <p>Tem de facto de haver alterações a nível das equipas médicas. PE</p> <p>Mesmo ao nível de enfermagem a equipa deveria ser maior, pelo número de doentes, e para que se pudesse prestar mais cuidado ao doente, e se pudessem estar mais tempo com o doente. PE</p> <p>...também deveria de haver mais médicos. PE</p> <p>Desde que houvesse médicos, com qualificações para trabalharem no Serviço de Urgência e com vontade de trabalhar ....se calhar para colmatar algumas falhas que possam eventualmente existir. ... quem trabalhe num Serviço de Urgência e trabalhe só a tempo inteiro, trabalha cá porque quer, e tem uma motivação completamente diferente, de quem vem cá uma vez por semana... Não deveria vir ninguém de “fora”. PE</p>